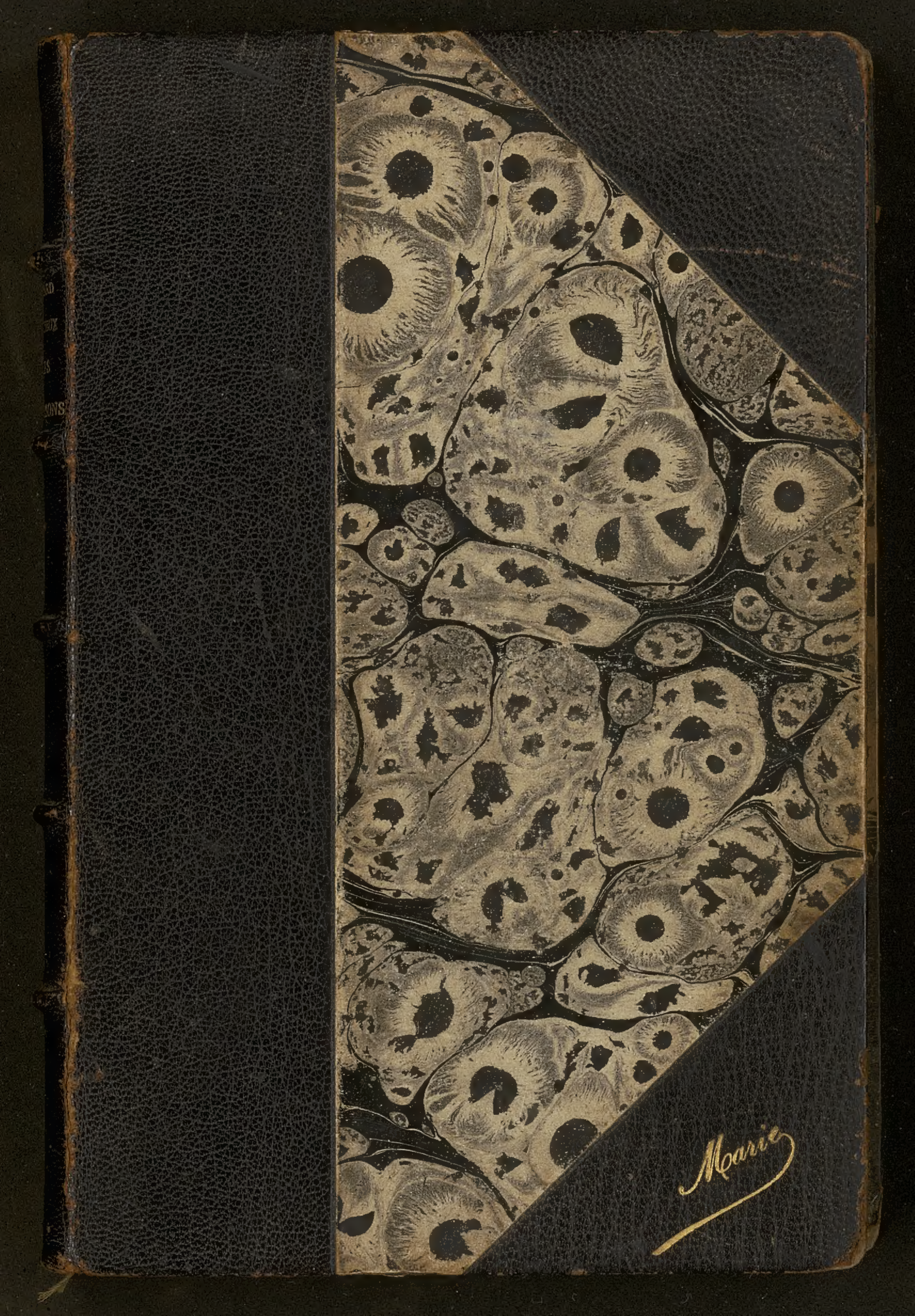
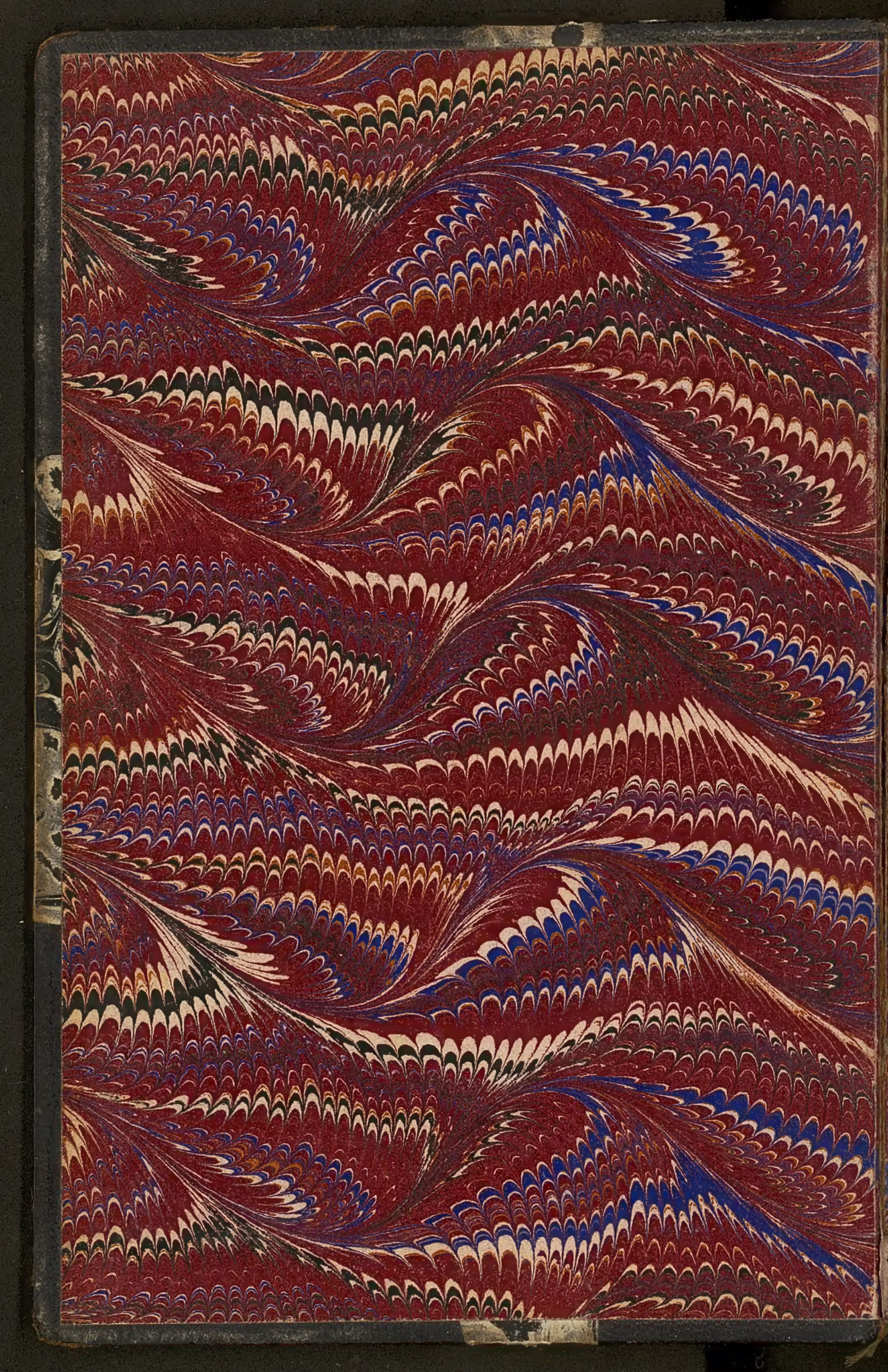
A. BOISSARD
ET
G. BARBÉZIEUX

MÈRES
ET
NOURRISSONS

1892


Marie





MÈRES

ET

NOURRISSONS

PAR LES DOCTEURS

A. BOISSARD
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE
A LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

G. BARBÉZIEUX
MÉDECIN DU REFUGE-OUVROIR
POUR
LES FEMMES ENCEINTES

AVEC UNE PRÉFACE DE

M. JULES SIMON
DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

—

1892

MÈRES

ET

NOURRISSONS

TOURS, IMPRIMERIE DESLIS FRÈRES.

à Madame [illegible]
Hommage de [illegible]
admiration
[illegible]

S. ALEXANDRE Phot   PARIS

MÈRES

ET

NOURRISSONS

PAR LES DOCTEURS

A. BOISSARD
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE
A LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

G. BARBÉZIEUX
MÉDECIN DU REFUGE-OUVROIR
POUR
LES FEMMES ENCEINTES

AVEC UNE PRÉFACE DE

M. JULES SIMON
DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

—

1892



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10cm

Chère Madame,

En inscrivant votre nom en tête de ce très modeste ouvrage, j'ai voulu — nous avons voulu — rendre hommage à la bienfaitrice de tant de pauvres mères, de tant de pauvres enfants.

J'ai voulu personnellement

A Madame Léon BÉQUET

(Née de VIENNE)

Présidente de la Société pour la propagation de l'Allaitement maternel

Fondatrice

du premier Refuge-ouvroir pour les femmes enceintes

affirmer ma précieuse affection, ma sincère admiration pour l'amie bienveillante et dévouée qui a bien voulu m'associer à l'une de ses bonnes œuvres.

Paris le 16 Mai 1892

Dr Barbezieux

PRÉFACE

Nous avons dit et cru longtemps que nous étions la grande nation. Je ne suis pas aussi sûr qu'on le dit maintenant, que ce fût une erreur. Nous sommes au moins, de toutes les nations, la plus civilisée. Nous ne le cédons à personne pour l'instruction, pour l'ouverture d'esprit, pour l'élégance et l'urbanité des mœurs ; mais nous ne saurions, en vérité, réclamer la même supériorité pour l'hygiène.

La situation de notre population rurale a été longtemps pour l'Europe un objet d'horreur et de pitié. Qu'on se rappelle les invectives élo-

quentes de Jean-Jacques Rousseau et les peintures lamentables d'Arthur Yung. Nos populations ouvrières, dans les grands centres industriels, n'étaient ni mieux logées, ni mieux nourries, ni mieux vêtues. J'ai moi-même jeté le cri d'alarme il y a trente ans, et ce n'est pas sans humiliation que je me rappelle des familles humaines vivant en promiscuité avec des animaux dans une saleté révoltante. Même dans le monde distingué et civilisé, qui faisait la loi à l'Europe pour les goûts recherchés et les belles manières, on ignorait les premières lois de l'hygiène et de la décence. J'en trouverais la preuve dans les mémoires de Saint-Simon et dans ceux de Dangeau, si des preuves étaient nécessaires. La situation ne s'améliora pas pendant la Révolution et sous les gouvernements qui se succédèrent rapidement après elle. Quand le roi Louis-Philippe, qui, lui, était un homme pratique et connaissant bien les conditions de

la vie, entra au Palais des Tuileries, il constata qu'il n'y manquait rien de ce qui contribue au luxe, et qu'il y manquait tout ce qui est nécessaire au bien-être et à la salubrité.

C'est seulement sous la troisième République qu'une véritable croisade a été entreprise pour conquérir la propreté. Les savants ont démontré que l'ordure était délétère. Ils l'ont démontré aux Académies; mais leurs démonstrations ne pénétraient ni dans la masse du public, ni parmi les gens du monde. Même aujourd'hui, une femme riche, si elle n'a pas l'heureuse habitude de la charité, ignore qu'il y a, dans Paris, des taudis immondes où la peste est en permanence. Elle n'aurait pas besoin, pour s'en convaincre par ses propres yeux, de courir jusqu'aux extrémités des faubourgs. Qu'elle monte seulement l'escalier de son propre hôtel. A l'étage où elle habite, on ne voit partout que de la soie et de l'or ; on marche sur des tapis moelleux ; d'im-

**

menses fenêtres versent à flots la clarté du jour. Mais qu'elle monte plus haut ; qu'elle aille jusqu'aux combles de la maison, et elle y trouvera la peste chez elle-même, à sa porte, toute prête à descendre par ces beaux escaliers et à dévorer toute la maison. La boîte de dynamite déposée au rez-de-chaussée par un anarchiste n'est pas un engin de destruction plus terrible que les ordures accumulées sous les plombs.

La morale n'y est guère mieux observée que la propreté. C'est parmi les servantes qu'on trouve le plus grand nombre de filles-mères. Leurs maîtresses, qui ne les ont pas surveillées, marquent leur sollicitude pour la morale en les chassant sans miséricorde, dès que leur grossesse est apparente. Le nombre est incalculable des pauvres femmes qui dissimulent leur grossesse au risque de tuer leur enfant, ou qui le tuent, en effet, par des manœuvres abortives sans savoir qu'elles se rendent coupables d'infanticide, ou

qui travaillent à la fabrique jusqu'au jour, jusqu'à l'heure de l'accouchement, et qui reviennent reprendre le travail pouvant à peine se traîner et se tenir debout. Combien, faute d'une mère, ou d'une sœur, ou d'une amie, ignorent les précautions qu'il faut prendre ! Combien n'ont pas le moyen de se procurer une aide, d'avoir un lit ! La mort sous toutes les formes menace l'enfant avant sa naissance, pendant l'accouchement, et dans les premiers jours de sa triste vie. On est moins exposé sur les champs de bataille les plus meurtriers. Si la mère parvient à survivre, elle contracte des infirmités qui abrègent sa vie ou en font un long martyre.

Une voix s'est entendue tout à coup, qui criait : La population décroît ; la France recule. La mortalité des nouveau-nés y est si terrible qu'elle équivaut à une bataille perdue chaque année. Le cri du patriotisme, l'élan généreux de la charité, les efforts de la science, vont-ils enfin

triompher de l'étrange apathie où nous avons langui si longtemps ? Je veux le penser ; je veux le croire. J'applaudis de grand cœur à la propagande de l'hygiène. J'y vois le salut de l'humanité, et en particulier le salut de la France.

Jules SIMON,

De l'Académie française.

LIVRE PREMIER

LA FEMME ET LA MÈRE

> L'attrait de la vie domestique est le meilleur contre-poison des mauvaises mœurs. Le tracas des enfants, qu'on croit importun, devient agréable ; il rend le père et la mère plus nécessaires, plus chers l'un à l'autre ; il ressert entre eux le lien conjugal. Quand la famille est vivante et animée, les soins domestiques font la plus chère occupation de la femme et le plus doux amusement du mari.
>
> J.-J. Rousseau, *Émile*, lib. I.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES DE LA MENSTRUATION. — INSTINCT MATERNEL

§ 1. — Considérations générales

De tous les êtres animés qui peuplent la terre, la femme est celui qui présente les modifications physiologiques les plus profondes ; parmi ces modifications, les plus intéressantes sont celles qui ont trait à la procréation et à la conservation de l'espèce.

D'une façon générale, la femme, en parcourant les différentes étapes de son existence, semble passer par une série de transformations successives, immédiatement en rapport avec sa triple manifestation de *fille*, de *femme* et de *mère*.

Dès sa naissance, même dès les premiers mois de la vie intra-utérine, la petite fille porte, en elle-même, tous les éléments anatomiques, ovules ou œufs, qui, plus tard, en se développant, assureront la continuation de l'espèce : c'est ainsi que l'on a pu

dire que la femme enceinte représente trois générations, puisqu'elle peut porter, dans son sein, sa fille, portant elle-même les œufs qui donneront naissance aux petits-enfants.

Une fois née, la petite fille va parcourir les premières années de son existence sans qu'aucune modification physiologique spéciale la distingue du garçon : les deux êtres humains grandissent côte à côte, se développent parallèlement. Bientôt cependant, une fonction nouvelle va s'établir, fonction importante entre toutes et qui va dominer l'existence génitale de la femme : nous voulons parler de la menstruation.

§ 2. — De la menstruation

La menstruation est caractérisée par l'écoulement régulier, mensuel, d'une certaine quantité de sang. A partir de ce moment, la jeune fille est *nubile* et l'on sait que les Hindous, dominés par l'idée de perpétuer la race, marient leurs filles dès l'apparition des premières règles. Cette première menstruation indique, en effet, que la jeune fille est *physiologiquement* apte à devenir mère : un œuf, un ovule est arrivé à maturité et il suffira que cet œuf soit fécondé pour qu'un nouvel être soit procréé.

Pendant tout le temps que la fonction menstruelle persiste, la femme *pond* littéralement un œuf à chaque époque de ses règles : c'est à cette ponte que l'on a donné le nom d'*ovulation*. A ce moment un *ovule,* ou œuf, se détache de l'ovaire et parvient dans l'utérus, ce qui explique cette opinion que la fécondation est plus probable dans les jours qui précèdent ou qui suivent immédiatement la menstruation. A l'état physiologique parfait la femme pond douze à quatorze œufs par an, et nous ne parlons que des ovules qui arrivent à maturité, car les ovaires contiennent un nombre considérable d'ovules qui n'atteignent jamais la phase ultime de leur développement : la Nature, comme toujours, a donc fait grandement les choses.

Sans parler ici des troubles ou des états pathologiques qui précèdent ou accompagnent l'apparition des premières règles, nous devons dire que la jeune fille ne sera que très rarement *bien réglée*, durant le cours de la première année, trop heureuse si elle échappe à la dysménorrhée, c'est-à-dire à ces *coliques de règles* qui peuvent être assez intenses pour réclamer un repos absolu et des soins spéciaux.

L'établissement tardif de la fonction menstruelle est un fâcheux symptôme : il accompagne souvent un état de faiblesse constitutionnelle ou quelque tare

physiologique. Ajoutons toutefois que la première apparition des règles dépend d'une foule de circonstances qui varient elles-mêmes suivant les races, les latitudes, la profession et le genre d'éducation.

L'âge moyen de la puberté varie de treize à seize ans. Pour la France entière, l'âge moyen est de quatorze ans et demi, tandis, que pour Paris seulement, il est de treize ans et demi. A Calcutta, les filles sont nubiles de douze à treize ans, tandis qu'au nord de l'Europe (Suède, Norwège) les filles sont seulement nubiles à quinze ans. En Laponie, la première menstruation ne fait son apparition qu'à la dix-huitième année, s'il faut en croire les auteurs.

Parmi les causes qui hâtent la maturité des ovules et favorisent l'apparition précoce de la première menstruation, il nous faut citer l'influence d'une alimentation substantielle, fortement azotée, et celle de l'éducation : l'étude des arts libéraux et surtout de la musique et de la poésie joue un rôle prépondérant ; en sorte que les jeunes filles de la ville, celles de la classe aisée, dont l'esprit est cultivé et entraîné vers les arts, sont réglées plus tôt, en général, que celles des campagnes ; on n'ignore pas que les animaux domestiqués sont aptes à reproduire plus tôt que les mêmes espèces vivant à l'état sauvage.

A propos de l'influence que les arts exercent sur la menstruation ou, mieux, sur l'activité fonctionnelle des ovaires, Gallard emprunte à Raciborsky le récit de « la curieuse expérience faite à cet égard sur deux « jeunes éléphants du jardin des Plantes.

« Ces animaux, de sexe différent, n'étaient âgés que de seize à dix-sept ans et par suite, n'avaient encore éprouvé aucun des symptômes du *rut* qui se montrent d'ordinaire, dans cette espèce, vers vingt à vingt-cinq ans. Dans le but de hâter chez eux l'époque de la reproduction, on leur fit entendre, à la Ménagerie, le 10 prairial an VI, un concert exécuté par un orchestre dont ils ne pouvaient apercevoir les musiciens. Sous l'influence de la mélodie à laquelle ils parurent très sensibles, les deux animaux donnèrent des signes, *non équivoques*, d'excitation génésique ; mais le jeune mâle, « trop novice encore, » dit Raciborsky, ne se rendit pas suffisamment compte des sensations amoureuses qu'il éprouvait et, malgré l'intelligence plus précoce et le bon vouloir évident de la femelle, dont les avances furent aussi significatives que possible, le résultat désiré ne fut pas obtenu. »

Il y a, du reste, relativement à l'époque de la première apparition des règles, des faits bien curieux et des exemples de précocité extraordinaire ; sans parler

des pertes de sang qui peuvent se montrer dans les jours ou les mois qui suivent la naissance, il y a des faits d'une authenticité absolue où la menstruation s'établit, pour la première fois, à l'âge de sept ans, de quatre ans et présenta les mêmes caractères de régularité et de périodicité que chez la femme.

Mais laissons de côté ces faits exceptionnels pour ne nous occuper que des faits normaux et les plus fréquemment observés.

§ 3. — Instinct maternel

La jeune fille a bientôt atteint son parfait développement, elle présente le complet épanouissement de sa grâce et de son charme ; tout, dans sa nature comme dans ses idées, indique une évolution nouvelle ; le fruit a acquis sa pleine maturité, il doit à son tour reproduire, suivant la grande loi de la Nature : c'est l'époque du mariage. Il semble, du reste, que la Nature ait imprimé profondément, dans le cœur de la jeune fille, ce sentiment de future maternité ; le mariage est sa raison d'être et son but : la jeune fille veut être femme pour être mère.

La reproduction de l'espèce est — physiologiquement du moins — l'objet, le but unique de la femme :

c'est presque la seule destination à laquelle la nature semble l'avoir appelée, le seul devoir qu'elle ait à remplir. Tout ce qui éloigne la femme de cette destination primitive est nécessairement à son désavantage. C'est pourquoi la femme, dont l'heureuse mission est la protection des faibles et des petits, se sent très vite envahie par ce sentiment de maternité prochaine qui domine sa vie tout entière. L'homme, au contraire, à quelques exceptions près, n'a pas le sentiment de la paternité *par anticipation*, si nous pouvons nous exprimer ainsi : ce *sentiment* ne se montre et ne se développe qu'au contact de l'enfant, — nous allions dire peu à peu, par habitude.

Chez la femme, même en dehors de toutes les variantes observées, il est certain que le sentiment inné de la maternité passe par des phases diverses et présente des manifestations multiples. Sans parler des jeunes filles qui voient, avant tout, dans le mariage la maternité espérée, promise ; sans parler de ces épouses désolées d'une stérilité à laquelle elles cherchent à remédier par tous les moyens imaginables, il est évident que le sentiment de la maternité suit, dans son expansion et son intensité, une marche progressive et ascendante : il prend une forme définitive, lorsque la femme sent remuer — pour la pre-

mière fois — dans son sein le petit être qui bientôt sortira d'elle. Alors la jeune mère — car elle est déjà mère — va changer sa manière d'être! Que de précautions, que de soins, que d'attentions pour mener à bien sa grossesse, non pour elle, mais pour son enfant, pour le précieux fardeau qu'elle porte en son sein et dont elle se sent déjà responsable!

Puis les douleurs commencent, elles augmentent de violence et de fréquence, et la mère, aux prises avec un mal atroce, offre un exemple de courage passif et de résignation qui fait chaque jour notre admiration. Bientôt d'ailleurs la joie et le bonheur vont récompenser tant de souffrances: l'enfant est là, il respire, il crie. A ce cri le sentiment maternel grandit encore, ne devant trouver sa complète satisfaction qu'avec l'allaitement. Aussi, comme elles sont *plus mères* les femmes qui nourrissent elles-mêmes leurs enfants, que celles qui les confient à une nourrice mercenaire, à une domestique!

Aussi bien il est utile que l'on sache que le premier mouvement de l'enfant crée la mère, cet être admirable, follement héroïque, car, dans des circonstances, hélas! trop fréquentes, il peut créer la criminelle. C'est ce que signifiait, un jour, l'éminent professeur Pinard quand, dans un éloquent langage, il indiquait l'état

d'esprit où se trouve la femme enceinte[1], à ce moment étrange où elle vient de percevoir, pour la première fois, le mouvement du fœtus, mouvement indéfinissable, non douloureux, mais profond et retentissant sur l'organisme maternel tout entier, où la femme possède enfin une vague sensation du dédoublement de son être, où elle dit déjà : *Mon enfant!* où elle est mère !

Prenez garde alors que la première idée qui s'éveille dans ce cerveau ébranlé ne soit pas une idée sombre ! S'il s'agit d'une fille coupable, prenez garde que le souvenir de sa faute ne soit pas trop amer à cette malheureuse ; n'augmentez pas ses remords par des reproches : c'est à cette heure que la femme choisit d'instinct sa destinée, c'est à cette heure que Marguerite a commis le crime qu'elle expiera éternellement. Malheur aux femmes à qui le premier mouvement de leur enfant n'arrache pas un cri de joie !

[1] *De l'Assistance des femmes enceintes.* Conférence faite à la Sorbonne, le 9 mai 1891.

CHAPITRE II

SIGNES DE LA GROSSESSE [1]

Les signes de certitude de la grossesse n'existent guère avant le quatrième mois et ne sont perçus que par l'accoucheur ; mais, bien avant cette époque, des signes de présomption et de probabilité se manifestent chez la femme. Ces signes sont constitués par la suppression de différents phénomènes physiologiques et par l'apparition de troubles fonctionnels spéciaux, de modifications diverses des organes.

Il est un signe d'une importance considérable, tant par sa date d'apparition que par sa consistance, nous voulons parler de la suppression des règles. Mais il est nécessaire de s'entendre sur la valeur absolue de ce signe et d'entrer ici dans quelques détails.

Il est incontestable que, chez certaines femmes, la

[1] Dans ce chapitre nous n'avons en vue que les signes de présomption, ceux que la femme perçoit aussi bien que le médecin. Les autres signes ne peuvent être étudiés ici.

suppression des règles est un bon indice de grossesse, notamment chez les femmes bien portantes et dont la menstruation s'est toujours effectuée régulièrement. Celles-là affirment qu'elles sont grosses dès qu'un retard se manifeste dans l'apparition des règles : elles savent leur grossesse quarante-huit ou cinquante-six heures après son début.

Mais ces faits sont exceptionnels et, le plus généralement, ce n'est qu'après huit ou quinze jours de *retard* que la plupart des femmes commencent à soupçonner une grossesse. Chez beaucoup d'autres, un pareil retard est, au contraire, un symptôme sans importance, un signe sans valeur : celles-ci sont des femmes mal réglées et qui, tout en offrant l'aspect d'une bonne santé apparente, éprouvent souvent des retards dans l'apparition de leurs règles, retards qui excèdent parfois plusieurs semaines, plusieurs mois. Aussi bien, ces femmes ont beaucoup moins de chances de devenir enceintes que des femmes parfaitement réglées.

Il arrive cependant que certaines femmes peuvent devenir enceintes, sans que l'écoulement menstruel se soit produit : cela s'observe notamment chez les femmes qui nourrissent un enfant, au moment où elles commencent une nouvelle grossesse tandis que le

rétablissement de la fonction menstruelle ne s'est pas effectué. Dans ce cas, la grossesse est, le plus souvent, ignorée, bien qu'elle puisse être déjà soupçonnée par les modifications qui se manifestent dans la quantité et la qualité du lait sécrété (?).

A côté de ces femmes qui deviennent enceintes malgré le sommeil apparent de l'ovaire, il en est d'autres qui n'ont jamais été bien réglées, chez qui la fonction menstruelle ne s'est pas régulièrement produite ou s'est produite seulement à de très longs intervalles et qui sont aptes quand même à reproduire. Il arrive parfois encore que le médecin est consulté au sujet d'une jeune fille dont les règles ne se sont jamais établies et qui, cependant, va se marier. Pourra-t-elle devenir mère ? Il est bien certain qu'en présence d'un cas semblable, le médecin est tenu à une grande réserve, car les chances de grossesse sont à peu près nulles. On sait, en effet, que, dans tous les cas où les ovaires font défaut, les règles ne se montrent jamais ; c'est pourquoi, en pareilles circonstances, il faut toujours penser à une absence congénitale des ovaires, partant à une impossibilité d'ovulation et de grossesse.

Dans un autre ordre d'idées, on pense, assez généralement, que les femmes enceintes peuvent avoir

leurs règles pendant une partie plus ou moins considérable de leur grossesse : c'est là, disons-le en passant, une erreur : une femme réglée, devenant enceinte, peut bien *perdre*, à une époque plus ou moins régulière — une ou plusieurs fois — une certaine quantité de sang, mais cet écoulement n'a ni la durée, ni le caractère des véritables règles. On peut donc affirmer qu'une femme n'est pas enceinte, quand elle perd du sang en quantité semblable et pendant la même durée qu'au cours de ses règles habituelles. Il est vrai que, chez certaines femmes, ce sont là des caractères et des signes très difficiles à différencier, à cause des variations que présente, à l'état normal, en dehors de tout accident pathologique, le flux menstruel.

Parmi les signes précoces, autres que les modifications apportées dans le phénomène de la menstruation et qui peuvent faire soupçonner à la femme un début de grossesse, il faut signaler les signes fournis par l'observation attentive des seins et de la peau.

Les seins augmentent de volume et, dès le début de la grossesse, on devine le rôle important que les glandes mammaires devront bientôt jouer. Ce sont elles, en effet, qui vont, par la sécrétion laiteuse, assurer la vie du nouvel être, si bien qu'on a pu dire, avec raison, qu'une fois l'accouchement terminé,

l'enfant était encore attaché à l'organisme maternel par les liens les plus étroits. Nous verrons bientôt que l'allaitement de l'enfant par la mère est le complément physiologique nécessaire de la grossesse et de l'accouchement.

En même temps qu'ils augmentent de volume les seins deviennent le siège d'une circulation plus active; des veines se dessinent sous la peau, forment parfois un relief de bon augure et font présager une bonne nourrice.

La coloration de la peau se modifie; le mamelon prend une teinte plus foncée ; c'est qu'il se dépose dans la peau du pigment, c'est-à-dire des particules de matière colorante, variable dans sa quantité, suivant les femmes. Les altérations apportées dans la coloration de la peau sont moins profondes chez les femmes blondes ou rousses que chez les brunes qui présentent cette modification au maximum d'intensité. Chez ces dernières, la peau, bien au-delà de la partie uniformément brune, présente des points colorés, presque noirs et donnant au tégument cutané un aspect tigré ou moucheté.

Bientôt, sous l'influence du développement de la glande, la peau cède dans sa partie superficielle et se fendille en produisant ce qu'on appelle les *vergetures*,

qui sont comme autant de stygmates de la maternité, car ces vergetures pâliront après l'accouchement, mais ne s'effaceront jamais complètement. Enfin du lait, ou plutôt du *colostrum*, le premier lait, comme on dit encore, ne tarde pas à s'écouler par les orifices que présentent les mamelons.

Les seins, ainsi modifiés dans leur coloration, dans leur développement, dans leur forme, sont parfois le siège de douleurs, de picotements caractéristiques. Ces douleurs sont dues à la fluxion qui se produit du côté de la glande mammaire, au moment où va s'établir, où s'établit la fonction importante de la secrétion du lait.

Mais ce n'est pas seulement la peau des seins qui va se modifier pendant la grossesse, c'est encore le revêtement cutané tout entier et, plus particulièrement, la peau du visage et de l'abdomen. Au visage il se forme, dans la couche profonde de l'épiderme, des dépôts de matière pigmentaire. Ces grains ou cor puscules pigmentaires se déposent par îlots plus ou moins espacés et donnent au visage une coloration spéciale, plus marquée aux endroits les plus exposés à l'air. La peau devient inégalement foncée et marbrée, offrant un aspect tout particulier auquel on a donné le nom de *masque* de la grossesse ; ce masque,

si redouté des femmes, s'observe surtout chez les femmes de la campagne ; il s'atténue et finit par disparaître plus ou moins complètement après l'accouchement. Parfois cependant il persiste, quoique atténué, et ne disparaît que sous l'influence d'un traitement particulier.

La peau de l'abdomen se colore et se fonce, surtout sur le trajet d'une ligne médiane qui sépare, pour ainsi dire, le ventre en deux parties égales. Au fur et à mesure que le ventre se développe, la peau de l'abdomen supporte des pressions de plus en plus fortes et est le siège d'une distension mécanique de plus en plus considérable ; la peau, par son élasticité ainsi mise en jeu, se prête, dans une certaine mesure, à cette distension, mais bientôt elle se fendille et devient le siège de ces vergetures dont nous avons signalé la présence sur la peau des seins. Ces vergetures s'étendent plus ou moins loin et peuvent gagner le haut des cuisses et une partie du tronc : elles sont d'autant plus nombreuses et marquées que la peau est moins élastique ; elles indiquent donc que les tissus ne sont pas de première qualité et doivent faire craindre à l'accoucheur des déchirures du périnée au moment de l'expulsion du fœtus ; quelquefois, la peau se laisse forcer ; la paroi abdominale elle-même, tout

entière (muscles et aponévroses), a perdu, du fait de cette distension, sa résistance et son élasticité physiologiques. Le ventre tombe alors en avant (ventre en besace) et la marche devient difficile, pénible même. Ces faits sont observés, en particulier, chez les femmes dont l'utérus renferme deux enfants ou contient une quantité exagérée d'eau (hydramnios) ; ils sont presque constants chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants ; il se produit alors, en quelque sorte, une véritable éventration dont il faudra, plus tard, s'occuper.

Au fur et à mesure que la grossesse évolue, l'utérus augmentant de volume, l'abdomen prend un développement de plus en plus considérable, les hanches s'élargissent et la femme, se cambrant pour reporter son centre de gravité en arrière, présente une démarche spéciale et caractéristique : elle marche en se dandinant.

Bientôt un nouveau signe va se montrer : le produit de conception ou fœtus est assez développé pour donner des signes manifestes de son existence ; il remue et ses mouvements vont provoquer chez la future mère des sensations d'un ordre spécial. Au début, c'est un simple frôlement si rapide, une sorte de chatouillement si léger que la femme, pour qui cette impression est nouvelle, ne sait de suite en recon-

naître la cause ; ce n'est qu'après une observation attentive, une sorte d'éducation que la femme affirme qu'elle sent remuer.

Généralement les femmes sentent remuer à quatre mois ou plutôt quatre mois et demi ; mais combien il existe de différences individuelles ! Toutes choses égales d'ailleurs, les femmes qui ont déjà eu des enfants, dont l'éducation, pour ainsi dire, est faite, accusent cette sensation plus tôt que celles qui sont enceintes pour la première fois. Hâtons-nous d'ajouter que ce signe *perçu par la mère* ne permet pas, à lui seul, d'affirmer ou de nier la grossesse. En effet, à côté de femmes de bonne foi qui affirment qu'elles sentent remuer et qui ne sont pas enceintes, il y en a d'autres par contre qui affirment ne pas sentir remuer et chez lesquelles l'examen, le palper, l'auscultation permettent non seulement d'affirmer l'existence de la grossesse mais encore la vie de l'enfant.

Ce n'est donc exactement qu'après le quatrième mois que, dans les cas douteux et difficiles, l'accoucheur, percevant les signes de certitude, peut affirmer l'existence d'une grossesse.

Nous ne pouvons insister ici sur ce côté de la question, mais il faut savoir qu'il est des cas particulièrement difficiles où une grossesse, même avancée,

peut passer inaperçue ou bien encore être confondue avec d'autres états. Ces faits expliquent l'erreur commise par quelques chirurgiens qui, pensant rencontrer une tumeur abdominale, ont pu pratiquer une désastreuse opération. Il peut arriver enfin qu'une tumeur véritable coïncide avec la grossesse et le diagnostic précoce devient, cette fois, presque impossible.

A côté des différents signes, que nous venons d'énumérer, il en est d'autres encore dont la valeur est certainement moindre, mais qui cependant ne peuvent être passés sous silence. Telles sont, par exemple, les modifications apportées par un début de grossesse dans les phénomènes de la digestion.

Il n'est pas, en effet, de femme qui ignore combien les troubles digestifs sont fréquents et prompts à se manifester pendant la grossesse ; ils sont surtout accentués chez les femmes nerveuses et plus intenses chez les primipares. Généralement ils vont en diminuant au fur et à mesure que la grossesse approche du terme; parfois même les vomissements, qui forment, pour ainsi dire, le cortège obligé de toute grossesse, sont une des premières — la première — manifestations de la grossesse ; c'est l'accident ou le trouble fonctionnel qui ouvre la marche, et quelques

femmes ne se trompent pas sur la valeur de ce signe; elles ne sont pas enceintes de plus de dix ou quinze jours qu'elles ont déjà des nausées, des vomissements. Ces derniers se manifestent, de préférence, le matin, au moment où la femme sort du lit, met le pied à terre. Ce n'est qu'après cette vomituration que la femme pourra s'alimenter de nouveau et conserver quelques aliments. Dans certains cas, où les vomissements persistent, on prescrira à la malade de garder le lit au moment des repas. Ce moyen est parfois efficace et suffit à empêcher l'apparition des nausées et des vomissements.

Quelques femmes privilégiées ignorent ces phénomènes douloureux de la grossesse, mais combien sont plus nombreuses celles qui présentent la série et la gamme des troubles de la digestion, depuis la simple nausée, la sensation de brûlure à l'estomac jusqu'aux vomissements graves, tenaces et presque continuels, et parfois inefficacement combattus par les différents moyens thérapeutiques. Ces vomissements dits *incoercibles* peuvent mettre assez rapidement les jours de la mère en danger et nécessiter l'interruption du cours de la grossesse. Ces faits heureusement sont rares, mais l'on voit avec quelle prudence, quel tact et, en même temps, quelle décision l'accoucheur devra intervenir dans cette circonstance.

Du côté du système nerveux, la grossesse commençante se manifeste par certains phénomènes particuliers. Les névralgies sont fréquentes : névralgies dentaires, névralgies faciales. Diverses névroses, qui semblaient sommeiller, se réveillent soudain et prennent parfois une intensité inquiétante.

Quelquefois des troubles de la circulation coïncident avec le début de la grossesse. La malade éprouve des palpitations ; des varices apparaissent aux jambes, aux cuisses, aux parties génitales. La composition même du sang est modifiée.

Enfin la respiration est gênée ; il existe une véritable dyspnée, liée d'ailleurs aux troubles circulatoires ou produite mécaniquement par la présence du fœtus dans la cavité utérine.

CHAPITRE III

HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — HYGIÈNE DE L'HABITATION HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — MÉDICAMENTS ET SUBSTANCES ABORTIVES. — HYGIÈNE DU COSTUME HYGIÈNE SPÉCIALE. — SYSTÈME NERVEUX PROCRÉATION DES SEXES.

§ 1. — Hygiène alimentaire

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, quelles modifications profondes la grossesse apportait dans l'organisme de la femme. Après cela, il est naturel de penser qu'une hygiène spéciale, ou un régime, comme parlaient les anciens accoucheurs, est nécessaire à la femme grosse. La difficulté d'instituer un régime immuable n'a échappé à personne. « Les femmes grosses, écrit Levret, sont si sujettes à des dégoûts singuliers qu'il semble être inutile de leur prescrire un régime : cependant, comme le mauvais régime, dans tous les états de la vie, est l'ennemi de la santé, et qu'il n'est que trop ordinaire que la santé soit altérée par la grossesse seule, il semble

donc qu'un régime salubre serait plus nécessaire dans cet état que dans tout autre ; mais est-il possible? C'est là la question [1]. »

A défaut d'un régime fixe, absolu, la femme enceinte se trouvera bien d'écouter les conseils du médecin et de se conformer à certaines règles d'hygiène dont l'oubli lui serait préjudiciable à elle-même et au produit de la conception.

D'une façon générale, il ne doit pas y avoir de règles strictes sur l'alimentation de la femme enceinte : le *quod sapit nutrit* trouve ici sa plus large application ; la femme prendra les aliments qui lui plaisent, ceux qu'elle conserve et qu'elle digère facilement ; certains mets, justement réputés d'une digestion pénible, seront très bien acceptés par l'estomac, tandis que d'autres, reconnus comme particulièrement faciles à digérer, seront, non seulement difficiles à conserver, mais seront encore rejetés.

Généralement le lait, les œufs, le bouillon froid, les viandes grillées seront les mieux tolérés. On restreindra l'usage des boissons excitantes ; on renoncera au café, au thé et surtout aux alcools qui ne devront être pris qu'en très petite quantité et assez rarement [2].

[1] LEVRET, *Essai sur l'abus des règles générales*, etc. Paris, 1746.
[2] Nous n'avons pas besoin d'affirmer ici que c'est une grossière

Certaines femmes ont une répugnance invincible pour le vin rouge : elles pourront prendre avec avantage un peu de vin blanc léger coupé avec une eau gazeuse, ou faire usage de bière aux repas.

Les fonctions des intestins seront l'objet d'une constante surveillance ; à tout prix il faut éviter la constipation qui sera combattue moins par l'usage des lavements que par l'administration de quelques agents laxatifs doux, dont l'usage ne peut présenter ni inconvénients, ni dangers, comme on le croit communément.

L'état des gencives devra être également bien surveillé, car leur inflammation, ou gingivite, est fréquente. La gingivite est surtout marquée lorsque les soins ordinaires de propreté laissent à désirer, ou lorsque l'état de la dentition est défectueux. Bientôt sous l'influence de cette gingivite, il se fait un écoulement abondant de salive ; les gencives tuméfiées et rouges saignent facilement et la mastication peut devenir assez douloureuse pour rendre l'alimentation impossible. Le professeur Pinard conseille depuis

erreur de croire que l'alcool peut exercer une influence quelconque sur la coloration de la peau du fœtus. C'est un préjugé populaire qui veut que les femmes prennent beaucoup d'alcool pendant leur grossesse pour que leur enfant ait la peau blanche.

longtemps, avec succès, de toucher le bord libre des gencives avec un pinceau trempé dans une solution à parties égales d'hydrate de chloral et d'alcoolat de cochléaria. Faute de ces soins, les dents se déchaussent et finissent bientôt par tomber. Ainsi se trouve ustifié ce dicton populaire : chaque grossesse coûte une dent. Avec de la surveillance et des soins on pourra éviter ces accidents. Quant aux douleurs, névralgies dentaires[1], qu'on rencontre parfois durant le cours d'une grossesse, il suffira de les calmer par des agents appropriés et ne jamais recourir, comme on le fait encore trop souvent, à l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Avec cette manière d'opérer, les dents s'en vont et les douleurs persistent.

§ 2. — Hygiène de l'habitation. — Hygiène professionnelle

Si l'hygiène alimentaire ne présente pas de règles absolues pour les femmes enceintes, il n'en est pas de même de l'hygiène de l'habitation et de l'hygiène professionnelle. Bien des avortements, des fausses couches doivent être attribués soit aux mauvaises conditions

[1] A ce propos, nous indiquerons l'emploi de l'exalgine, qui nous a donné toujours les meilleurs résultats.

hygiéniques où se trouve placée, chez elle, la femme grosse, soit à une profession ou trop pénible ou dangereuse.

Sans doute, ce que peuvent écrire les médecins et les hygiénistes, touchant cette question délicate, ne saurait avoir une sanction définitive, mais nous serons heureux si quelqu'un lisant ce livre s'intéresse, seulement dans son entourage, aux femmes enceintes, que la misère force d'habiter un taudis malsain ou de fréquenter des ateliers dont l'air vicié coûtera la vie au fœtus. Nous ne pouvons, à ce propos, nous empêcher de signaler l'œuvre nouvelle que l'éminente femme, à qui nous avons dédié ce livre, comme un faible hommage de notre admiration, vient de fonder : le Refuge-Ouvroir des femmes enceintes. Nous engageons nos lectrices à participer à cette œuvre patriotique à laquelle le Conseil municipal de Paris vient de s'associer [1].

Quoi qu'il en soit, l'habitation d'une femme enceinte doit remplir certaines conditions d'hygiène, qui ont une importance capitale.

La chambre, celle où la femme grosse passera la plus grande partie de son existence, sera grande, aussi

[1] Voir aux Annexes : *Le Refuge-Ouvroir de l'avenue du Maine*, 203.

spacieuse que possible, avec cheminée pour maintenir une température douce et constante en hiver et assurer un tirage d'air nécessaire en été. Le chauffage par calorifères et poêles, fixes ou mobiles, est détestable en raison de la dessiccation de l'air de la chambre et de la présence très dangereuse, fatale quelquefois de l'oxyde de carbone. La présence de ce gaz, ainsi qu'il résulte des recherches de Brown-Sequard, est particulièrement préjudiciable à la femme enceinte et peut devenir la cause d'une fausse couche. C'est pour la même raison que le séjour dans les endroits surchauffés où se trouvent réunies de nombreuses personnes (théâtres, grands magasins, etc.) doit toujours être évité.

Il ne faudrait pas croire cependant que les personnes seules qui jouissent de tout le confort désirable soient nécessairement dans les conditions hygiéniques les meilleures. C'est souvent le contraire qu'on observe. Sans parler des obligations mondaines qu'on s'impose (visites, réceptions, dîners, bals), le plus souvent on habite des appartements surchargés de tapis, garnis de tentures qui interceptent l'air et la lumière ; on entretient dans les chambres une demi-obscurité, favorable au teint et, lorsqu'on pénètre dans la chambre à coucher, on trouve un lit enfoui dans une alcôve,

entourée d'épaisses tentures. Cette mode, qui est contraire aux principes d'une hygiène la plus élémentaire dans le cours ordinaire de la vie, peut devenir pendant la grossesse, et surtout pendant les suites de couches, une cause d'accidents graves. Tous ces tapis, en effet, ces rideaux sont autant de réceptacles pour la poussière, les germes, les microbes. Ces éléments infectieux sont mis en mouvement par le balayage ou le battage et déterminent des accidents plus ou moins graves. Pour notre part nous condamnons l'usage des rideaux et des tapis, au moment de l'accouchement, et nous prescrivons toujours qu'on les enlève. Dans les services d'accouchements des hôpitaux, le mobilier est en fer (lits de fer sans rideaux) ; les murs sont nus et stuqués, le plancher carrelé ou dallé de façon a pouvoir être lavé aussi souvent qu'il le faudra. Le luxe et le confort viennent donc en cette circonstance apporter leur danger, nous allions dire leur misère.

Si nous en croyons les auteurs, le voisinage de certaines industries, de certaines maisons de commerce ne serait pas sans exercer une influence nocive sur la femme enceinte. C'est ainsi qu'il est de règle de ne pas construire de Maternités à proximité de boucheries, triperies, mégisseries, amphithéâtres d'anatomie, etc. Les émanations putrides qui s'échappent toujours

peuvent devenir un danger. Mais cela est du domaine de l'hygiène des villes et nous n'avons pas à approfondir davantage cette question.

On voit actuellement que nombre de professions, en produisant une sorte d'intoxication qui retentit sur le produit de conception, peuvent être préjudiciables au cours régulier de la grossesse soit en l'interrompant prématurément, soit en tuant l'enfant; l'oxyde de carbone, le plomb, le mercure, peut-être le sulfure de carbone et le tabac sont incriminés à juste titre; c'est ainsi qu'on explique les accidents qu'on peut observer chez les repasseuses, les cuisinières, ou les femmes qui manipulent les préparations à base de plomb (imprimerie), ou à base de mercure (étamage des glaces, etc.).

L'action nocive du sulfure de carbone, qui entre dans la préparation du caoutchouc, celle du tabac (femmes employées à la confection des cigares, cigarettes, etc.) semblent moins démontrée. Cependant il serait désirable, au moins dès les premiers temps et vers la fin de la grossesse, que les femmes employées à ces industries pussent abandonner leurs travaux.

§ 3. — Médicaments et substances abortives

Quelques substances, dites abortives, sont employées par certaines femmes dans un but criminel; certains médicaments, au contraire, sont redoutés par d'autres, qui craignent d'interrompre le cours d'une grossesse.

« Nous ne connaissons aucune substance abortive de ce genre, écrit le professeur Brouardel. Mais il est certain qu'il y a des substances, après l'ingestion desquelles l'avortement peut survenir souvent, mais non pas toujours d'une façon certaine, moins, il est vrai, par l'action spécifique de cette substance sur l'utérus que comme une manifestation d'un empoisonnement dû à la substance employée. Car presque toutes les substances auxquelles on a attribué une vertu abortive et qui ont été employées comme telles appartiennent à la classe des poisons, de sorte qu'on pourrait les appeler non pas substances abortives internes, mais substances abortives toxiques [1]. »

Tel est le seigle ergoté, qui produit certainement l'avortement à des doses élevées, mais toxiques, et

[1] Brouardel *apud* Hoffmann, *Éléments de médecine légale.*

qui, aux doses ordinaires où on l'administre, est un médicament d'irrégulière efficacité.

La sabine, qui jouit d'une faveur populaire, est encore plus inefficace que le seigle ergoté. En revanche, elle est très toxique, bien que la dose mortelle chez l'homme soit à peu près ignorée. Brouardel cite des cas connus, « dans lesquels la sabine, surtout une décoction de branches fraîches, a été employée dans un but d'avortement et se sont terminés par la mort ».

L'huile de cèdre, qui provient du genévrier de Virginie, le thuya, l'if, l'essence de thérébentine, la tanaisie et la rue, les cantharides, les boissons excitantes, le vin chaud, l'absinthe, etc., sont autant de substances qui ont été, tour à tour, vantées et employées par des sages-femmes criminelles ou des avorteuses de profession. Nous avons dit que l'action abortive de ces agents n'était rien moins que démontrée, mais que leur ingestion déterminait toujours des troubles graves, dont la mort pouvait être la conséquence.

Si les substances, dites abortives, sont, la plupart du temps, sans action, il importe d'en conclure que l'administration par le médecin, dans un but thérapeutique, de certains médicaments, est absolument inoffensive. Les sels de potasse, le sulfate de quinine

ont été ainsi incriminés à tort et l'usage de ces agents thérapeutiques ne doit pas être proscrit chez la femme enceinte, lorsqu'ils trouvent leur application.

§ 4. — Hygiène du costume

Le costume de la femme enceinte sera simple, ample et n'exercera aucune constriction. Nous touchons là, nous ne l'ignorons point, une question grave et délicate. Beaucoup de femmes, en effet, dans le but de défendre et de conserver leur taille se serrent, et se serrent affreusement, au point de compromettre la marche régulière de la grossesse et de produire des accidents graves.

Quelques autres continuent de se serrer tant que l'enfant n'a pas encore remué, pensant à tort qu'il n'y a aucun inconvénient à le faire.

Sous l'influence de la constriction exercée par le corset, la digestion, déjà difficile, devient de plus en plus pénible, au point d'empêcher une alimentation suffisante ou de provoquer des vomissements. Ces femmes sont prises de bâillements, d'envies de dormir et souffrent d'oppressions et de palpitations qui peuvent provoquer des syncopes.

La femme enceinte ne devra donc pas avoir la taille

serrée par un corset, sorte de cuirasse qui viendra s'opposer au libre développement de l'utérus.

A partir du troisième mois, l'usage d'un corset spécial, souple, avec soufflets en caoutchouc s'impose. Il faudra, en outre, renoncer à l'emploi des jarretières et des liens circulaires pour retenir les bas qui seront attachés directement au corset par des rubans de fils ou du tissu caoutchouté. Les jarretières, en effet, favorisent au plus haut degré, la dilatation des veines et s'opposent au cours régulier du sang déjà entravé par le fait même de la grossesse. Il se produit alors du gonflement, de l'œdème, autour des chevilles, et des varices ; si celles-ci existent déjà, elles prennent encore un développement plus considérable, s'enflamment quelquefois et déterminent alors une poussée de phlébite plus ou moins grave.

Cette dernière complication doit être surveillée, soignée attentivement dès le début. Elle nécessite toujours le repos absolu au lit, pendant tout le temps de la poussée inflammatoire.

Certaines femmes, dès les premiers jours de la grossesse, sont plus particulièrement éprouvées. Ce sont des nerveuses. Elles ont des vomissements fréquents, des lypothimies, des syncopes. Pour elles, le moindre déplacement est une fatigue, le moindre effort est

impossible. Elles se trouvent, en quelque sorte, condamnées au repos et passeront le temps de leur grossesse sur une chaise longue. Par contre, d'autres femmes éprouvent un besoin incessant de déplacements, de marche et d'activité ; c'est une sorte d'excitation fébrile, de surabondance de vitalité. Rien ne peut les retenir, et telle femme qui était apathique auparavant est devenue vive, particulièrement excitable, en proie à un continuel besoin de mouvement.

L'excès nuit en tout. Autant il est fâcheux de voir la femme enceinte rester confinée dans sa chambre, autant il est inutile qu'elle dépense ses forces sans profit et d'une façon exagérée.

A moins d'indications contraires de la part de l'accoucheur, la femme enceinte devra prendre un exercice régulier, quotidien et sans fatigue. La marche est ce qui convient le mieux, et, pendant la belle saison, le séjour en plein air sera très favorable, à condition qu'on évite les refroidissements, la station dans les endroits humides ou froids. La peau est, en effet, très sensible et, à la suite d'un refroidissement, d'un séjour aux bords de la mer, sur une plage exposée aux vents du nord, il n'est pas rare de voir apparaître une complication du côté des reins, une véritable poussée de néphrite, qui aura pour conséquence l'albuminurie.

Certaines femmes, et en particulier celles qui ont fait déjà une ou plusieurs fausses couches, devront éviter les voitures, voire même le chemin de fer. D'une façon absolue, la danse et l'équitation seront interdites. Mais ce qu'il importe, avant tout, de bien savoir c'est que les mesures de précautions devront être plus rigoureuses encore aux époques correspondantes des règles, c'est-à-dire pendant cinq ou six jours chaque mois, à l'époque où les règles se montraient dans l'état physiologique ordinaire. C'est qu'il se produit, au moins pendant les cinq ou six premiers mois, à chacune de ces époques, une sorte d'afflux sanguin, de congestion de tous les organes du petit bassin, qui peut amener l'expulsion prématurée du fœtus. Les fausses couches sont, en effet, fréquemment observées à ce moment. Pour la même raison, les rapports conjugaux seront évités à ces époques.

Si nous voulions résumer brièvement tout ce qui précède nous dirions que, à part certains cas particuliers, sans blâmer ou défendre absolument les longs voyages, ce sont les exercices à pied, au grand air, qui doivent être surtout conseillés pendant la grossesse.

Il arrive cependant que, chez certaines femmes, la marche, de plus en plus pénible, devient impossible.

Ce phénomène s'observe, de préférence, chez des femmes qui ont eu plusieurs grossesses très rapprochées. Le ventre retombe fortement en avant, les muscles de la paroi abdominale ayant été forcés lors des grossesses antérieures. Tout le poids de l'enfant s'exerce, pour ainsi dire, hors de la cavité abdominale et entrave tous mouvements. — Il en est de même dans les cas où l'utérus renferme une grande quantité d'eau ou contient deux jumeaux. Quoique nous condamnions en principe l'emploi des ceintures dites de grossesse, nous croyons que, dans ces cas particuliers, l'usage d'une ceinture rendra de réels services.

Parfois la difficulté à marcher ne tient pas à l'état, à la situation de l'utérus, mais à des modifications du côté des articulations des os du bassin. Les cartilages articulaires, en effet, se ramollissent toujours pendant le cours de la grossesse pour donner à la ceinture osseuse un certain degré de laxité. Parfois même ce ramollissement des articulations dépasse les limites physiologiques ; les surfaces articulaires frottent et glissent les unes contre les autres au moindre mouvement et la marche devient douloureuse et bientôt impossible. C'est à peine si les femmes affectées de cette façon peuvent se retourner dans leur lit ; cette

complication, très rare d'ailleurs, doit être surveillée et soignée, car elle peut persister un temps plus ou moins long après l'accouchement.

§ 5. — Hygiène spéciale de la femme enceinte

Les seins, qui, dès le début de la grossesse, sont le siège de modifications importantes, doivent être l'objet de l'attention la plus minutieuse, surtout quand la femme veut *nourrir* elle-même son enfant.

Toute compression sera naturellement évitée, quoique, étant donné leur augmentation considérable de volume, il faille les maintenir, à l'aide d'un corset lâche, à baleines très souples et facilement extensibles.

Le froid, qui est particulièrement à redouter chez les femmes enceintes, sera évité.

Le mamelon sera l'objet d'une toilette spéciale, afin d'éviter les gerçures et les crevasses qui constituent parfois un des plus graves obstacles à l'allaitement maternel. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question que nous ne faisons qu'indiquer dans ce paragraphe [1].

Pendant la grossesse, la femme ne doit perdre ni

[1] Voy. ch. III, p 107, § 2 (lib II).

sang, ni eau par les organes génitaux; les hémorrhagies, même les plus légères, doivent être très surveillées et réclament les soins ou les secours de l'accoucheur.

En raison des modifications dont la muqueuse du conduit vaginal est le siège, il se fait toujours — surtout dans les deux ou trois derniers mois de la grossesse — un certain écoulement leucorrhéique, encore appelé *flueurs blanches*. Parfois cet écoulement est d'une abondance extrême et, pour ainsi dire, continu. Outre l'ennui et l'incommodité de ces pertes, il en résulte de l'érythème, des fissures du côté de la muqueuse, qui deviennent, bien vite, la cause de démangeaisons insupportables et capables d'empêcher le sommeil. Enfin, au moment de l'accouchement, ces sécrétions pourraient — ce qui est plus grave — contaminer les yeux du nouveau-né qui contractera une ophthalmie purulente dont la marche est parfois si rapide qu'elle peut entraîner la cécité en quelques jours.

C'est pourquoi il est nécessaire que les femmes enceintes fassent de grandes injections chaudes sans force ni violence ; ces injections seront faites avec des solutions de naphtol, d'acide borique ou de sublimé.

Ces injections seront faites avec un laveur spécial; on se servira, de préférence, d'une canule en verre, très facile à tenir propre, et l'on devra renoncer à l'emploi des canules en caoutchouc ou en gomme. C'est donc une sorte de balnéation intérieure qu'il faut ordonner aux femmes enceintes et l'on fera passer 1 ou 2 litres de solution antiseptique. Les injections, grâce aux nouveaux laveurs, pourront être prises dans le lit : elles n'en seront que plus efficaces.

En dépit de l'opinion commune qui veut que les bains soient nuisibles aux femmes enceintes, nous pensons qu'ils sont, le plus souvent, d'un bon emploi. Les bains pourront être pris, dès le début de la grossesse, pourvu que la température n'en soit pas trop élevée (34 à 35°) et que leur durée n'excède pas une demi-heure. Cependant les femmes sujettes aux fausses couches feront bien de s'en abstenir.

Les bains de mer, les bains froids, les douches peuvent être également autorisés, mais il faudra tenir compte des idiosyncrasies et des différentes circonstances de la grossesse.

Les soins de la toilette externe sont les mêmes chez la femme enceinte que chez les autres femmes. Nous recommandons toutefois l'usage de l'eau tiède, coupée

d'eau de Cologne ; le froid est l'ennemi de la femme enceinte et le bon fonctionnement du revêtement cutané doit, dans tous les cas, être assuré.

§ 6. — Système nerveux

La grossesse développe, en général, et exagère l'impressionnabilité de la femme; c'est pourquoi il faudra assurer à la femme enceinte le calme le plus absolu et éloigner d'elle, autant que possible, les impressions trop vives, les secousses morales un peu violentes, tout ce qui, en un mot, pourra être une cause d'irritation ou de crainte. La femme grosse doit vivre dans une sorte de placidité, de véritable recueillement, les fonctions purement végétatives prenant le pas sur les manifestations psychiques.

Sans vouloir réduire, en aucune façon, la femme enceinte à l'état d'être inerte ou passif, nous estimons que son état moral doit être pris en très grande considération, une sorte d'agitation, de nervosité ou d'irritabilité accompagnant presque toujours le cours de la grossesse. Les personnes de son entourage devront particulièrement donner l'exemple du calme, de la pondération.

Une recommandation, dont l'importance n'échap-

pera à personne, est la suivante : il est assez fréquent d'entendre, dans l'entourage d'une femme enceinte, des récits fantastiques sur des accouchements labórieux, rendus impossibles par des complications inattendues. Ces récits sont non seulement déplacés, mais peuvent, en outre, être préjudiciables à la femme grosse. Celle-ci n'est déjà que trop portée à s'alarmer, à s'effrayer, à redouter tous ces accidents dont on lui parle et qui n'ont existé souvent que dans l'imagination des narrateurs.

La première crainte exprimée par la femme enceinte est celle de n'être pas suffisamment bien conformée pour accoucher: elle redoute constamment un accouchement long, laborieux ou impossible, nécessitant des opérations, qui mettrait en danger sa vie ou celle de son enfant. C'est à l'accoucheur de dissiper ces craintes lorsqu'elles ne sont pas fondées. Sans pouvoir jamais prévoir exactement la durée, la longueur du futur accouchement, on peut, on doit savoir si l'enfant est bien placé, comme on dit; on doit s'assurer de la bonne conformation du squelette en général et de celle du bassin en particulier; c'est ainsi que l'accoucheur doit par son savoir et son tact, faire partager à la malade sa confiance dans l'issue du prochain accouchement.

Ces craintes prennent parfois une telle consistance qu'elles deviennent de véritables obsessions enlevant toute gaieté à la parturiente qui se figure qu'elle va mourir sans pouvoir accoucher. On voit même, dans quelques cas, apparaître un état de mélancolie ou de manie, qui peut occasionner un tel désordre dans le fonctionnement du système nerveux, un tel bouleversement dans l'esprit qu'une véritable folie, d'un ordre spécial, ne tarde pas à se produire.

D'autres fois, les femmes se croient trop jeunes pour mener à bien leur accouchement ; plus souvent elles se trouvent trop âgées, surtout si elles sont enceintes pour la première fois vers trente-cinq ou quarante ans, comme on en voit de fréquents exemples.

Or il résulte précisément des faits observés que les accouchements chez les très jeunes femmes, comme chez les primipares âgées, ne font pas courir de plus grands dangers. Pourtant, chez ces dernières, la durée totale de l'accouchement est plus longue. Le tableau suivant, que nous empruntons à un excellent travail de notre ami le D[r] Dieterlen, montre bien nettement ce fait qui ne manque pas d'intérêt.

AGE	Durée totale DU TRAVAIL		DURÉE de la période d'expulsion		POIDS des Enfants	SEXES		NOMBRE de cas
	Heures	Min.	Heures	Min.		G.	F.	
Au-dessous de 15 ans	17	3	1	15	2900	9	7	16
De 16 à 18 ans	16	36	1	12	3002	333	353	686
De 19 à 25 ans	15	5	1	20	3074	236	264	500
De 26 à 30 ans	16	5	1	35	3057	255	245	500
De 31 à 35 ans	16	3	2	12	3015	253	247	500
De 36 à 41 ans	20	40	2	12	3074	73	77	150
41 ans et dessus	33	3	2	50	3031	10	7	17

En ne tenant compte que des femmes ayant atteint ou dépassé la trentaine et qui sont au nombre de 667, on trouve les moyennes suivantes :

DURÉE TOTALE DU TRAVAIL	DURÉE DE LA PÉRIODE D'EXPULSION	SEXES		POIDS DES ENFANTS
		GARÇONS	FILLES	
25 heures	2 heures 38 m.	336	331	3008

On voit que, jusqu'à trente-cinq ans, la durée totale du travail ne varie que très peu : elle oscille entre quinze et seize heures. A partir de trente-cinq ans, elle augmente subitement pour atteindre chez les

femmes très âgées (quarante et un ans) le chiffre de trente-trois heures.

Il est encore deux craintes qui sont souvent exprimées par les femmes enceintes. Tantôt elles se figurent que l'enfant qu'elles portent dans leur sein sera difforme, monstrueux ou qu'elles accoucheront d'un enfant mort ou qui succombera pendant l'accouchement.

Il est évident que l'une ou l'autre de ces éventualités est possible et que le médecin ne peut rien affirmer quant à la première. Quant à savoir si l'enfant est vivant ou mort, c'est affaire au médecin qui a tous les éléments nécessaires pour établir un diagnostic rigoureux. A la vérité, les causes qui peuvent arrêter le développement de l'embryon, les états pathologiques qui entraînent la mort du fœtus dans le sein de la mère sont loin d'être connus. Pourtant certaines diathèses[1] ont une influence incontestable ; si l'existence de ces diathèses est reconnue ou seulement soupçonnée, soit chez le père, soit chez la mère, l'accoucheur devra agir en conséquence et instituer le traitement qui lui semblera le mieux approprié suivant les cas.

[1] Telle est la syphilis qui est une cause fréquente d'avortement.

Quelques femmes ont en effet le triste privilège d'accoucher, chaque fois qu'elles sont enceintes, d'un enfant mort; on comprend donc l'importance qu'il y a à connaître ces faits, puisque, sous l'influence du traitement, on peut parfois mettre un terme à ce triste état de choses.

Une question intéressante est celle des prétendues *grossesses nerveuses*. Personne n'ignore, en effet, que certains états particuliers peuvent simuler une sorte de grossesse commençante. L'erreur — pour la malade — persiste assez longtemps et le médecin a beaucoup de peine à la dissiper.

En réalité, la grossesse est ou n'est pas ; par conséquent, il ne peut y avoir de fausse grossesse, dite encore grossesse nerveuse, mais seulement un ensemble de phénomènes, de troubles fonctionnels qui peuvent donner le change. Généralement ces troubles se montrent chez les femmes nerveuses, ayant atteint ou dépassé la trentaine. Ces femmes, le plus souvent sans enfants et affolées par le désir de la maternité, sont irrégulièrement réglées. Elles prennent, à ce moment, un certain degré d'embonpoint, ce qui ne manque pas de les enfoncer dans leur erreur. Elles finissent par prendre leur désir pour la réalité, si bien qu'elles affirment, de bonne foi, sentir remuer

leur enfant, jusqu'au jour où, forcées de se rendre à l'évidence, elles avouent qu'elles se sont trompées.

§ 6 — Procréation des sexes

Il est une question formulée avec instance par toutes les femmes enceintes, préoccupées de connaître à l'avance le sexe du futur bébé. Peut-on actuellement, dans l'état de nos connaissances, répondre d'une façon satisfaisante à la curiosité des jeunes femmes? Cette question, qui a, en tous temps, été le point de départ de nombreuses recherches, qui a exercé la sagacité de plus d'un médecin, a donné lieu à une foule d'hypothèses, dont quelques-unes sont originales, mais dont beaucoup sont seulement ridicules.

Sans entrer dans le détail, sans exposer ici les préjugés ou croyances du monde, nous dirons qu'il est impossible actuellement de connaître à l'avance le sexe de l'enfant. La fréquence des battements du cœur du fœtus, perçus par l'accoucheur, ne permet de rien préjuger au sujet du sexe. Nous ne croyons même pas que les nombreuses observations qu'on a faites, les nombreuses statistiques qu'on a fournies puissent jamais servir à fixer la moindre probabilité.

Cependant les études des accoucheurs, touchant cette question, ne sont pas demeurées stériles. Si l'on a, presque unanimement aujourd'hui, abandonné l'espoir de jamais rien préjuger du sexe du fœtus, nageant dans les eaux de l'amnios, on a essayé de démêler les causes qui favorisent la procréation des sexes. Il semble tout naturel, en effet, d'admettre qu'une loi préside à ce phénomène, puisque le rapport des naissances des garçons et des filles est constamment et sensiblement le même sur toute la surface de la terre. Le plus généralement la proportion des enfants mâles est plus considérable que la proportion des filles et cette proportion serait approximativement de cent cinq garçons pour cent filles. Ce chiffre est certainement une moyenne toute relative, puisque Darwin, qui, le premier, croyons-nous, s'est occupé de cette question, ne manque pas de citer certaines contrées où, pendant une période de temps plus ou moins longue, il y a un déficit de garçons. Le même auteur signale également le cas particulier de certaines races, comme la race juive, où la proportion des naissances mâles est relativement plus forte que chez les chrétiens.

Dans toute la série animale, il semble que la prédominance du sexe mâle est de règle. Il en est, du

moins, ainsi chez le cheval, chez le chien, chez le mouton, chez le rat où il naît certainement plus de mâles que de femelles, bien qu'à l'âge adulte, surtout chez ces derniers animaux, le nombre des femelles l'emporte sur celui des mâles.

Les observations faites sur les oiseaux, les poissons, les insectes concourent à établir cette même opinion que, dans tout le règne animal, il naît plus de mâles que de femelles [1].

En réalité, la loi absolue qui préside à ce phénomène de la prédominance d'un sexe sur l'autre nous échappe : « Il peut arriver que, dans quelques cas spéciaux, écrit Darwin, l'excès numérique d'un sexe sur l'autre puisse constituer, pour l'espèce, un grand avantage, comme, par exemple, les femelles stériles de certains insectes sociables, ou ces animaux chez lesquels plus d'un mâle est nécessaire pour la fécondation de la femelle, comme chez quelques cirrhipèdes et, peut-être, chez certains poissons. Peut-être, dans ces cas, est-ce la sélection naturelle qui a provoqué cette inégalité numérique entre les individus des deux sexes, mais ces cas sont si rares, d'ailleurs, que nous ne nous y arrèterons pas. Dans tous les cas ordinaires,

[1] Cf. Darwin. *Descendance de l'homme*, t. I, p. 331 et suiv.

une inégalité ne présenterait ni avantage, ni inconvénient pour certains individus plutôt que pour d'autres; cette inégalité ne pourrait par conséquent être le résultat de la sélection naturelle. Nous devons attribuer cette inégalité à l'action directe de ces conditions inconnues, qui, chez l'espèce humaine, provoquent un excès de naissances mâles plus grand dans certains pays que dans d'autres, ou qui font différer légèrement la proportion entre les sexes des enfants, suivant qu'ils sont le produit d'unions légitimes ou illégitimes [1]. »

Les anciens pensaient, sans donner d'autres raisons, que les organes de la procréation sont doubles chez l'homme et chez la femme, pour assurer l'alternance des sexes. C'est ainsi, que pour Hippocrate, l'organe mâle de gauche produisait les filles, celui de droite les garçons. Plus tard, on attribua ce pouvoir à l'ovaire, celui de droite fournissant les garçons, celui de gauche les filles (Millot).

L'hérédité semble créer une véritable prédisposition. Il existe des familles où, de génération en génération, le nombre des filles l'emporte sur celui des garçons et *vice versa*.

[1] Cf. Darwin. *Loc. cit.*, 347.

Le degré de maturité de l'ovule exerce-t-il une influence réelle sur le sexe de l'enfant ? Est-il vrai que le rapprochement sexuel pratiqué huit à dix jours après la menstruation favorise la naissance des mâles ? C'est ce qu'il semblerait résulter des recherches de Thury sur l'espèce bovine. Nous pensons cependant, avec Darwin, que rien n'est moins certain que cette opinion, surtout en ce qui concerne l'espèce humaine.

D'après certains auteurs, l'âge respectif des parents est une cause qui influe sur le sexe du produit de la conception. Telle est l'opinion de Leuckart, de Hofacker, de Sadler, de Boudin qui ont essayé d'établir par des statistiques que, dans les cas où le père est plus âgé que la mère, l'enfant est, de préférence, un garçon. Si le père est plus jeune, il naît des filles.

Les mariages consanguins sont, d'après quelques auteurs, beaucoup moins féconds que les autres et amènent un excédent de garçons. Nous avons vu, précédemment, que, chez les juifs, où ces sortes de mariages sont plus fréquents, la prédominance des snaisances mâles était notoire.

Les primipares jeunes ont, de préférence, des filles. Les primipares âgées ont des garçons.

Chez les multipares, plus l'époque de la dernière

conception est éloignée, plus il y a de chances pour que le nouveau produit de conception appartienne au sexe mâle.

La polygamie serait, d'après quelques écrivains, une cause de la prédominance du sexe féminin; mais Darwin, qui cite cette observation, se hâte d'ajouter que les recherches suivies du Dr J. Campbell, faites dans les harems de Siam, l'ont amené à conclure « que la proportion des naissances de garçons et de filles est la même que celle que donnent les unions monogamiques ».

On voit, par ce qui précède, que la question de la procréation des sexes n'est pas encore résolue, encore moins celle de la procréation des sexes à volonté. Sur ce dernier point notre ignorance est notoire et nous ne pensons pas qu'elle soit près d'être dissipée.

Aussi bien, et pour nous consoler, devons-nous nous en tenir à cette sereine philosophie, celle qui inspirait Levret lorsqu'il écrivait ces lignes, empreintes d'une sage résignation : « Je finirai cet article par avouer que quelques recherches que j'aie pu faire, depuis bien des années que je pratique des accouchements, je n'ai rien pu découvrir qui puisse faire avancer, sur ce sujet, des conjectures assez vraisemblables pour oser hasarder d'en faire part au public,

ce qui me persuade que nous en sommes redevables à la prévoyance infiniment sage du Tout-Puissant, qui a bien voulu, pour la conservation du genre humain, que ces mêmes humains ne sachent pas plus de quel sexe est l'individu qu'ils ont fait pour se réperpétuer que ce qu'ils vont faire lorsqu'ils se mettent en action pour procréer leur semblable [1]. »

[1] Levret, *loc. cit.*, p. 96.

CHAPITRE IV

DURÉE DE LA GROSSESSE. — DE L'ACCOUCHEMENT

§ 1. — Durée de la grossesse

La *durée réelle* de la grossesse est inconnue, car, d'une part, comme l'a indiqué le professeur Pinard, il faudrait connaître le moment exact où a lieu la fécondation, et, d'autre part, le moment où le fœtus a atteint son complet développement. Or il peut exister un intervalle de quinze jours entre le moment où s'est fait le rapprochement sexuel et l'époque où se fait la rencontre de l'élément mâle avec l'ovule ; la notion d'un seul rapprochement sexuel ne peut donc servir à résoudre la question.

Quant à la fixation du terme de la grossesse, c'est-à-dire de la date probable de l'accouchement, nous n'avons guère, comme point de repère approximatif, que l'époque de la dernière apparition des règles, car la date du rapport sexuel et la perception des mouve-

ments du fœtus ne peuvent fournir aucun renseignement précis.

C'est généralement du deux cent soixante-dixième au deux cent quatre-vingtième jour après la cessation des dernières règles qu'à lieu l'accouchement.

La loi française, qui a pour origine un rapport de Fourcroy au premier Consul (1804), établit, comme terme maximum de la gestation, trois cents jours et, comme terme minimum, cent quatre-vingts jours. Fourcroy avait proposé deux cent quatre-vingt-dix et cent quatre-vingt-dix jours pour les deux termes : le législateur s'arrêta aux limites précédentes, de façon à favoriser l'entrée de l'enfant dans la famille. En fixant, en effet, les deux termes de cent quatre-vingts et de trois cents jours, la loi de 1804 a pour premier résultat de faire accorder la légitimité à des enfants viables au cent quatre-vingtième jour et dont la conception remonte évidemment à une époque plus éloignée et antérieure au mariage. Quant aux naissances tardives, la loi accorde la légitimité à un enfant qui vient au monde trois cents jours après le départ ou la mort du mari alors même qu'il présente les caractères d'un âge de beaucoup inférieur.

Ces limites *légales* de la grossesse sont naturellement sujettes à discussion, la durée de la grossesse

DURÉE DE LA GROSSESSE [1]

DERNIÈRE MENSTRUATION	DATE DE LA NAISSANCE	DERNIÈRE MENSTRUATION	DATE DE LA NAISSANCE
Janvier 1	Octobre 8	Juillet 5	Avril 12
— 5	— 12	— 10	— 16
— 10	— 17	— 15	— 21
— 15	— 22	— 20	— 26
— 20	— 27	— 25	Mai 1
— 25	Novembre 1	— 28	— 4
Février 1	— 4	Août 1	— 8
— 5	— 8	— 5	— 12
— 10	— 12	— 10	— 17
— 15	— 22	— 15	— 22
— 20	— 27	— 20	— 27
— 25	Décembre 1	— 25	Juin 1
Mars 1	— 6	— 28	— 4
— 5	— 10	Septembre 1	— 8
— 10	— 15	— 5	— 12
— 15	— 20	— 10	— 17
— 20	— 25	— 15	— 22
— 25	— 30	— 20	— 27
— 28	Janvier 2	— 25	Juillet 2
Avril 1	— 6	— 28	— 5
— 5	— 10	Octobre 1	— 8
— 10	— 15	— 5	— 12
— 15	— 20	— 10	— 17
— 20	— 25	— 15	— 22
— 25	— 30	— 20	— 27
— 28	Février 2	— 25	Août 1
Mai 1	— 5	— 28	— 4
— 5	— 9	Novembre 1	— 8
— 10	— 14	— 5	— 12
— 15	— 19	— 10	— 17
— 20	— 24	— 15	— 22
— 25	Mars 1	— 20	— 27
— 28	— 4	— 25	Septembre 1
Juin 1	— 8	— 28	— 4
— 5	— 12	Décembre 1	— 7
— 10	— 17	— 5	— 11
— 15	— 22	— 10	— 16
— 20	— 27	— 15	— 21
— 25	Avril 1	— 20	— 26
— 28	— 4	— 25	Octobre 1
Juillet 1	— 8	— 28	— 4

[1] La durée de la grossesse est en moyenne de neuf mois plus sept jours à partir du moment de l'apparition des dernières règles.

variant dans des proportions considérables. Le Dr Devillier cite, en effet, quelques cas où la grossesse s'est seulement terminée du trois centième au trois cent dixième jour.

Quoi qu'il en soit, voici un tableau, que nous empruntons à l'*Agenda médical* de Constantin Paul, et qui indique la durée moyenne de la grossesse :

On trouvera dans le même Agenda un tableau, dressé par le professeur Tardieu, indiquant les caractères du fœtus aux différents âges de la grossesse, sa taille, son poids, l'état du tégument externe et le degré d'ossification.

§ 2. — De l'accouchement

Si les causes déterminantes de l'accouchement résident dans la mise en jeu des contractions douloureuses de l'utérus, quelles sont les causes efficientes qui vont, à une époque déterminée, réveiller et susciter ces contractions douloureuses, alors qu'elles sont restées indolores jusque-là.

Il ne faut pas voir, dans l'apparition de ce phénomène, un acte volontaire ou inconscient de la part du fœtus. Celui-ci reste passif pendant tout le temps de l'accouchement, en ce sens qu'il ne prend aucune

part active à son expulsion. Il est plus probable que l'œuf, au moment du terme de la grossesse, se détache de la matrice comme un fruit mûr se détache de l'arbre, en raison des modifications anatomiques qui s'opèrent, du côté du placenta (ou délivre), c'est-à-dire des connexions vasculaires et des points d'attaches, par où le fœtus est relié à l'organisme maternel.

La femme enceinte ou l'accoucheur peuvent-ils reconnaître, par certains signes, que le moment de l'accouchement est proche. D'une façon absolue, — non. Pourtant, dans les jours qui vont précéder le travail de l'accouchement, il n'est pas rare de voir apparaître certaines modifications qui donnent l'éveil. Nous ne parlerons pas de l'abaissement, de la chute du ventre, car ce signe n'existe pas dans les cas normaux chez les primipares et il peut très bien passer inaperçu chez les multipares. Dans les quelques jours qui précèdent l'accouchement, dans ce temps qu'on a appelé le *temps secret*, les femmes sont souvent plus gaies, plus alertes; la marche semble plus facile. De temps en temps apparaissent quelques petits pincements, quelques petites douleurs, courtes et se montrant de loin en loin; la nuit, ces douleurs fugitives semblent se répéter, se rapprocher; elles persistent deux ou trois heures, puis se calment. Cet état inter-

mittent de souffrances dure quelques jours. Enfin, à la constipation habituelle succède une diarrhée légère ; par les organes génitaux il s'écoule un peu d'eau, un mucus teinté de sang : le véritable travail est proche, l'accouchement est près de commencer. Bientôt, en effet, les contractions utérines vont se montrer plus fréquentes ; elles auront une durée plus longue, une intensité plus grande et les *grandes douleurs* apparaîtront.

La durée de l'accouchement est d'ailleurs extrêmement variable. On estime généralement que le travail s'effectue en six ou douze heures, quoiqu'il existe de nombreux exemples d'accouchements qui ont duré dix-huit, vingt-quatre, même trente-six heures, sans qu'il en soit résulté aucun préjudice. D'autres fois, l'accouchement se fait en quelques heures seulement.

« Sur 15,850 accouchements observés par Collins, à la Maternité de Dublin, 15,084 durèrent moins de douze heures, et encore, parmi ceux-ci, le plus grand nombre, c'est-à-dire 10,987 s'achevèrent dans un intervalle de une à quatre heures ; 190 accouchements durèrent plus de trente-six heures[1]. »

Le plus habituellement le travail débute dans la

[1] Naegelé et Grenser, *Traité pratique de l'art des Accouchements*, p. 159.

soirée et les accouchements se font de neuf heures du soir à neuf heures du matin. Il est bien entendu qu'il n'y a rien d'absolu dans cette règle, quoique l'opinion commune ait prévalu, au moins dans le public, que les accouchements dont l'issue est favorable se font, de préférence, durant la nuit et pendant le cours de la matinée.

§ 3. — Clinique obstétricale

Tout ce que nous avons dit, jusqu'à présent, touchant la grossesse, nous montre que cet état « physiologique par excellence » confine, le plus souvent, à un état pathologique. La femme enceinte n'est pas une malade, mais elle est dans une *position intéressante*, comme traduit si énergiquement et si fidèlement la langue populaire. D'autre part, en dehors des complications possibles, des accidents imprévus, il est des circonstances où la grossesse, même physiologique, n'en constitue pas moins un danger pour la femme. C'est le cas des femmes atteintes de certaines affections chroniques ou aiguës, des femmes dont le squelette est défectueux, dont le bassin est vicié, dont une diathèse, souvent inconnue, viendra, à un mo-

ment déterminé, compliquer singulièrement « l'état physiologique par excellence ». De là, pour toute femme enceinte, la nécessité de consulter son médecin pendant le cours de la grossesse, de là cette nécessité de se soumettre à un examen, sans doute, pénible, mais indispensable. L'accoucheur doit connaître toutes les circonstances de la grossesse, puisque ces circonstances peuvent être telles qu'elles nécessiteront une intervention précoce ou un traitement particulier.

L'urine, chez la femme enceinte, présente certaines modifications constantes, physiologiques, mais qui subissent ou peuvent subir elles-mêmes d'importantes variations.

Dès les premiers temps de la grossesse, l'urine émise depuis quinze à vingt heures laisse déposer, à la surface, une couche plus ou moins épaisse, sorte de pellicule irisée, qui a reçu le nom de kyestéïne, formée par la grande quantité de sels, phosphates et carbonates qui se trouvent dans l'urine des femmes enceintes.

A la vérité, la présence de la kyestéïne n'a pas la valeur diagnostique que quelques auteurs continuent de lui accorder et nous devons ajouter qu'on la signale même dans l'urine de l'homme sain.

En 1856, Blot démontrait la présence du sucre dans l'urine des femmes enceintes, en couches ou nour-

rices et son opinion fut appuyée depuis par les travaux de nombreux savants, dont Gubler[1].

La présence de l'albumine dans l'urine est, dans tous les cas, un symptôme grave, en raison des accidents qui peuvent se manifester, parfois brusquement, au milieu d'un état de santé relativement satisfaisant : c'est ainsi qu'il survient des hémorrhagies, entraînant la mort du fœtus ou son expulsion prématurée. Toutefois l'accident le plus redoutable qui puisse survenir est certainement l'éclampsie, caractérisée par des attaques convulsives, suivies de coma.

Les femmes albuminuriques, menacées d'éclampsie, sont généralement œdématiées ; les paupières sont bouffies, tuméfiées, surtout au réveil ; les jambes sont enflées. En même temps il existe des troubles du côté de la vue, des maux de tête, des douleurs au creux de l'estomac, toute la symptomatologie de l'albuminurie.

Il ne faudrait pas croire cependant que toutes les femmes enceintes qui présentent de l'enflure des jambes sont nécessairement albuminuriques. D'autres affections (maladies du cœur, etc...) peuvent expliquer la présence de cette enflure. D'autre part, l'albuminurie peut exister en l'absence de ce symptôme et ne

[1] GUBLER, *Société de Biologie*, 1876.

se manifester qu'au moment où les accidents les plus graves viennent à éclater.

De là, la nécessité d'examiner régulièrement l'urine des femmes enceintes et, notamment, celle des primipares. On évitera ainsi des surprises et, surtout si l'on met, dès l'apparition de la maladie, les malades au régime lacté exclusif, on comptera de nombreux succès. C'est précisément ce qui ressort des magistrales recherches de M. le professeur Tarnier.

En raison du retentissement de l'action du froid qui se répercute de la peau sur les reins, il y a lieu pour la femme enceinte d'éviter les transitions brusques de température et de se soustraire à l'action de l'humidité, — causes occasionnelles, si l'on veut, mais fréquentes d'albuminurie. — Il sera donc bon de faire porter de la flanelle aux femmes enceintes, surtout s'il s'agit de femmes qui ont présenté déjà de l'albuminurie dans leurs grossesses antérieures.

§ 4. — Examen obstétrical

L'examen fait pendant la grossesse ne sera pas seulement un examen médical, mais plus spécialement un examen obstétrical. Certes l'accoucheur ne devra rien ignorer des affections aiguës ou chroniques qui,

en modifiant l'état général des malades, ne manquent pas de retentir sur le produit de la conception et compliquent nécessairement la grossesse, mais son examen aura pour but, surtout, de le renseigner au point de vue spécial de l'accouchement prochain. C'est ainsi que l'accoucheur devra s'assurer, avant toute chose :

1° Du nombre des enfants contenus dans l'utérus ;

2° De la position, de la présentation de l'enfant ou des enfants ;

3° De la vie ou de la mort du fœtus ou des fœtus ;

4° De la bonne ou de la mauvaise conformation du bassin.

Ce n'est qu'après ces constatations que l'accoucheur devra examiner l'état du cœur et des poumons, rechercher si la grossesse n'est pas compliquée de syphilis ou s'il n'existe pas de tumeurs abdominales.

L'état du squelette, de la colonne vertébrale et des membres inférieurs sera noté avec le plus grand soin, car les claudications ou les déviations de la taille révèlent, le plus souvent, une conformation irrégulière du bassin.

L'enfant renfermé dans l'utérus doit se présenter par la tête. Si donc, vers la fin de la grossesse, l'accoucheur trouvait l'enfant dans une autre position, il devrait y remédier et chercher à transformer cette

mauvaise présentation. Cette opération se fait par des manœuvres externes ; elle a été magistralement réglée par le professeur Pinard, à qui l'on doit la vulgarisation de cette véritable conquête scientifique qui permet de soustraire la femme à des accidents graves lors de l'accouchement et à laquelle nombre d'enfants doivent la vie.

A part quelques cas offrant des difficultés spéciales, l'accoucheur doit reconnaître si la grossesse est simple, double ou multiple, c'est-à-dire s'il y a un, deux ou plusieurs enfants dans l'utérus. S'il y a deux enfants, il pourra, en outre, reconnaître leur situation respective. La connaissance de l'état du bassin, de sa bonne conformation a une importance capitale, puisqu'elle seule peut autoriser l'accoucheur à laisser la grossesse aller à terme, ou à l'interrompre à des époques variables suivant l'importance des lésions qu'il aura constatées.

S'il existe des lésions du squelette, il est utile que l'on connaisse exactement la date de leur apparition, car, suivant qu'elles ont été précoces ou tardives, c'est-à-dire suivant qu'elles se sont manifestées antérieurement ou postérieurement au développement complet du squelette, elles ont pour l'accoucheur une signification différente. Précoces, elles coïncident avec un

arrêt de développement du bassin, avec d'autres lésions de cette région importante ; tardives, elles peuvent être des manifestations isolées, des accidents qui ont laissé le bassin intact ; elles ne nécessitent aucune intervention au cours de la grossesse. C'est ainsi que certaines femmes rachitiques peuvent avoir un bassin parfaitement conformé, quand le rachitisme ne s'est manifesté que tardivement, alors que le squelette avait atteint son degré normal d'ossification et de développement.

LIVRE II

LE NOUVEAU-NÉ

> Il y a un moment presque solennel, ou, si l'on veut, fatal, c'est celui où l'enfant né va prendre possession de la vie. C'est ici que commence le combat. L'enfant fait les premiers essais de cet organisme qui entre en lutte avec les milieux. Il essaye du même coup tous ses organes ; il y a un premier, comme il y a un dernier soupir. C'est à ce moment qu'a lieu la transformation complète de l'être qui, de parasitaire devient personnel, s'individualise et vit par lui-même.
>
> PAUL LORAIN.

CHAPITRE PREMIER

DU CORDON OMBILICAL. — DES BAINS CHAMBRE DE CHANGE. — PESÉE DES ENFANTS

§ 1. — Du cordon ombilical

L'accouchement proprement dit, l'expulsion de l'enfant n'émancipe pas immédiatement le nouvel être comme écrit le professeur Proust, empruntant cette expression à Chalvet. L'enfant tient encore à la mère par le *placenta* et il reçoit, par l'intermédiaire du cordon ombilical, une certaine quantité de sang, évaluée à 90 grammes environ. L'usage, que la plupart des sages-femmes ont conservé, de lier, immédiatement après la naissance, le cordon ombilical, prive donc l'enfant d'une quantité de sang considérable, puisqu'elle équivaudrait, chez l'adulte, à une saignée de 1,700 grammes, soit plus d'un litre et demi de sang[1].

En dépit des opinions contradictoires qui se sont élevées et qui d'ailleurs tendent à disparaître aujour-

[1] A. Proust, *Traité d'Hygiène*, p. 107.

d'hui, nous nous en tenons, dans notre pratique, à l'indication donnée par le professeur Pinard, de ne couper le cordon ombilical *que lorsqu'il a complètement cessé de battre.*

Le cordon, lié et coupé, selon qu'il vient d'être dit, sera pansé régulièrement tous les jours. Le mode le plus répandu, pour ces pansements, est le suivant : le cordon, enveloppé dans une compresse de linge fin, fendue à moitié et enduite d'un corps gras (de l'huile, le plus souvent), est ramené sur l'un des côtés du ventre et en haut.

Ce mode de pansement est défectueux et nous préférons la manière adoptée à la Clinique Bandelocque : aussitôt après la toilette de l'enfant, on applique, sur la région ombilicale, une feuille de coton au *sublimé*, maintenue par une bande de toile fine. Le lendemain, la couche d'ouate tombe d'elle-même, dans le bain, et est remplacée par une autre.

Le cordon ombilical *se flétrit* du premier au troisième jour, il se *dessèche* ensuite et tombe seul, au bout d'un temps variable, suivant la nature du cordon (cordons volumineux et gras, cordon mince) et le poids de l'enfant, mais qui n'excède pas cinq ou six jours.

En général, surtout quand on a employé le mode de pansement que nous avons indiqué, cette dessicca-

tion et cette chute du cordon ombilical se font sans accident, sans encombre. Quelquefois, au contraire, des accidents graves surgissent, qui peuvent compromettre la vie de l'enfant. Tels sont l'hémorrhagie (omphalorrhagie), le phlegmon ombilical, l'érysipèle, l'artérite, etc., toutes les inflammations, en un mot, qui précèdent, accompagnent ou suivent la chûte du cordon.

Nous n'avons pas, on le conçoit, à nous étendre davantage sur la pathologie du cordon ombilical. Pour peu, d'ailleurs, qu'il survienne la moindre complication, le moindre phénomène anormal, l'intervention du médecin est nécessaire.

Il est cependant quelques accidents qu'il est utile que la mère connaisse et que nous devons indiquer. Telle est l'hémorrhagie du cordon, dont le pronostic est très grave, puisque les 5/6 des enfants, qui en sont atteints, succombent rapidement.

Cette hémorrhagie peut se produire, à la suite d'une ligature mal faite du cordon ou par l'arrachement du cordon, par une mère ou une nourrice trop brutale. Quelquefois, sous l'influence de causes mal connues, peut-être diathésiques, l'hémorrhagie se produit après la chute du cordon, après même la cicatrisation de la petite plaie ombilicale.

Si donc la mère vient à s'apercevoir que son enfant

pâlit subitement, si l'enfant paraît en proie à une syncope, le premier souci sera de le démailloter et de s'assurer de l'état soit du cordon, soit du nombril.

Les hernies ombilicales sont encore un accident fréquent, auquel on peut obvier, dès l'origine, par des moyens simples et à la portée des jeunes mères. Il suffit de conserver, même après la chute du cordon et la cicatrisation de l'ombilic, la petite ceinture de flanelle qui envelopait le corps de l'enfant, lors du pansement du cordon. Cette pratique empêche l'apparition de ces hernies souvent produites par les cris, les pleurs et les efforts de l'enfant, à travers une paroi très lâche et peu résistante. Au besoin nous oblitérons le nombril avec un tampon d'ouate légèrement comprimé par la ceinture. Si la hernie est trop volumineuse, c'est au médecin à indiquer le mode de contention qui lui paraît le plus favorable.

Un accident très commun, qui accompagne ou suit la chute du cordon, sans qu'on puisse affirmer qu'il y ait là autre chose qu'un rapport de simultanéité, vient encore jeter le trouble dans l'esprit inquiet des jeunes mères. Nous voulons parler de cette fluxion des mamelles que l'on observe chez les enfants des deux sexes et qui peut aller jusqu'à la sécrétion de peu ou même de beaucoup de lait.

La sécrétion du lait appartient à l'ordre des phénomènes réflexes, ce qui explique suffisamment sa présence dans les mamelles, en dehors de la puberté et de la grossesse [1]. Tout le monde cite des exemples de nouveau-nés dont les seins distillent du lait. Cette sécrétion peut devenir très abondante et Baudelocque (cité par Dujardin-Beaumetz) « a rapporté le fait d'une petite fille de huit ans qui allaita pendant un mois son petit frère que sa mère ne pouvait nourrir ». Aussi bien, de nombreux exemples, analogues à celui-là, fourmillent dans les fastes de la médecine et ont pu être observés chez les femelles d'animaux, comme chez la chienne dont le Dr de Sinéty a raconté l'histoire, en 1883, à la Société de Biologie.

Chez quelques nouveau-nés, la présence du lait dans les mamelles a donné lieu à des engorgements qui se sont terminés par suppuration. C'est ainsi que Nathalis Guyot a rapporté cinq observations dans

[1] Darwin ne serait pas éloigné de voir, dans le fait de l'apparition du lait dans les mamelles des mâles, un de ces retours mystérieux à des caractères autrefois communs aux deux sexes : « Néanmoins j'ai été, quelquefois, disposé à croire que longtemps après que les ancêtres de la classe entière des mammifères avaient cessé d'être androgynes, les deux sexes pouvaient avoir encore sécrété du lait, de façon à nourrir leurs petits, et que, chez les Marsupiaux, les deux sexes avaient pu aussi porter leurs petits dans des poches marsupiales (*Descendance de l'homme*) t. I, p. 232). »

lesquelles trois enfants ont succombé par suite des complications qui on surgi inopinément.

Quand donc les mammelles des enfants gonfleront, quand la peau rougira, c'est qu'il y aura sécrétion laiteuse.

Nous blâmons énergiquement la pratique des sages-femmes et des nourrices qui pressent sur le mamelon pour faire sortir le liquide. Cette pratique favorise l'éclosion des abcès qu'il faudra ouvrir. Nous conseillons, dès que la mamelle est le siège du moindre engorgement, des compresses d'huile de camomille chaude, recouvertes d'ouate, avec une légère compression. Dans le cas où la fluxion augmente, des cataplasmes de fécule, faits avec de l'eau boriquée à 4 o/o, trouvent leur emploi. Mais, quand l'abcès est constitué, quand il y a la moindre fluctuation, il faut ouvrir, sans retard, en prenant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

§ 2. — La première toilette

Immédiatement après la ligature du cordon, le professeur Pinard préconise une pratique intéressante et qui a pour but d'éviter l'ophtalmie fréquente des nouveau-nés. Avant toute toilette, on presse un quar-

tier de citron, de telle sorte que quelques gouttes tombent sur les yeux de l'enfant, entre les paupières maintenues écartées. Grâce à cette précaution, facile à prendre, bien des ophtalmies ont pu être conjurées dans le service de l'éminent accoucheur de la Clinique Baudelocque. En effet, l'ophtalmie des nouveau-nés n'est pas causée par le froid, par les courants d'air, comme disent les commères, mais par une véritable infection, dont les mains, les linges, les vêtements, l'atmosphère, les sécrétions vaginales (au moment du passage de l'enfant) sont les véhicules reconnus. Le jus de citron agit comme astringent et antiseptique. Plus tard, selon le besoin, les yeux de l'enfant seront lavés à l'eau boriquée (4 o/o) tiède et tous accidents seront évités.

Après cette première et indispensable opération, il convient de débarrasser le nouveau-né de l'enduit sébacé qui le recouvre. Cet enduit est parfois très épais, très adhérent et, par conséquent, très difficile à enlever. On se sert, en général, pour cette opération d'un morceau d'ouate, d'un linge fin imprégné de vaseline, d'huile ou de quelque autre corps gras, préalablement chauffé. Il est quelquefois utile, quand l'enduit est très épais, de frictionner doucement l'enfant avec un linge fin trempé dans un jaune d'œuf

délayé. Le jaune d'œuf s'émulsionne avec l'enduit, qui peut alors être enlevé sans difficulté.

Une fois débarrassé de l'enduit qui le recouvre, l'enfant est trempé dans un bain tiède où on le lave à grande eau.

Les bains joueront, dans les premiers mois de la vie, un rôle prépondérant. Ils ne seront pas seulement nécessaires pour faire de l'enfant, à l'état de santé, un petit être appétissant, appelant les caresses et la sympathie, mais, à la moindre indisposition, ils deviendront de précieux auxiliaires thérapeutiques. Nous voulons que les enfants soient baignés tous les jours, été comme hiver, et nous combattons ce préjugé qui accuse la balnéation d'affaiblir l'enfant, de ramollir les muscles et de macérer l'épiderme.

Quelques auteurs ont préconisé les lavages à l'eau froide ; d'autres ont proposé qu'on habituât progressivement l'enfant aux ablutions froides, quelle que fût sa constitution, quelque milieu atmosphérique où il fût placé[1]. Pour notre part, nous ne nous associons en aucune façon à cette manière de voir et de com-

[1] C'est comme pour le bain froid en toute saison. Ceux qui résistent à cette éducation, qu'on a appelée *à l'anglaise* seront dans leur carrière des individus bien trempés, mais c'est peut-être plutôt grâce à une sélection cruelle que par les bienfaits du système (J. ARNOULD, *Traité d'hygiène*, p. 1073).

prendre, à moins qu'il ne s'agisse ici de faire une sorte de *sélection*, comme faisaient, dit-on, les Spartiates et de se débarrasser, à tout prix et dès l'origine, des enfants faibles.

Le froid est l'ennemi par excellence des enfants : c'est lui qui fait le plus de victimes, parmi ces petits êtres si chétifs et qui n'ont pour se défendre contre lui qu'un revêtement cutané, à la fois si sensible et si peu résistant.

Ce qu'il faut savoir, en effet, c'est que l'enfant a naturellement une tendance à se refroidir et que la moindre déperdition de calorique peut entraîner des accidents graves. C'est pourquoi, précisément, à Paris, il n'est plus d'usage de porter l'enfant à l'officier de l'état civil, qui doit enregistrer la naissance. Le médecin vient au domicile des parents et, de ce simple fait, nous ne doutons pas qu'on ait notablement abaissé la mortalité des nouveau-nés.

Les bains, le premier surtout, seront donnés à des températures moyennes, variant de 28 degrés à 32 degrés ; ils seront très courts et ne devront jamais excéder trois à quatre minutes. On pourra les faire suivre de frictions légères, qui achèveront l'action commencée par le bain, qui est, précisément, de faciliter les fonctions de la peau. C'est là le plus grand bénéfice que

l'enfant retirera de la balnéation : on sait quelle importance il faut attacher, à ce moment de la vie, à la régularité des fonctions multiples du revêtement cutané.

En été, au moment des fortes chaleurs, on pourra seulement faire usage des bains frais — et non froids. — Ces bains seront employés comme stimulants, comme toniques ; encore ne faudra-t-il pas en être prodigue, durant les deux ou trois premiers mois de la vie.

Après le bain, en vue de prévenir le froid qui ne manquerait pas de résulter de l'évaporation, l'enfant sera placé dans des serviettes chaudes, puis dans un peignoir de laine, avec lequel on le frictionnera. Pour achever de le sécher complètement, il sera poudré avec de la poudre de riz ou d'amidon [1].

Grâce à toutes ces précautions nécessaires, la balnéation quotidienne rendra de très grands services, préviendra bien des maladies et n'exposera l'enfant à aucun danger.

[1] A la Clinique Baudelocque, le professeur Pinard emploie le mélange suivant :

Talc	āā 200 parties.
Carbonate de magnésie finement pulv.	
Salol	100 —

Conserver à l'abri de l'humidité, dans des boîtes en fer-blanc, hermétiquement closes.

§ 3. — De la chambre de change

Si le froid offre tant de périls pour le nouveau-né, il est nécessaire que la toilette soit faite dans une chambre bien aérée, mais maintenue, autant que possible, à une température constante de 16 à 18 degrés. Une température plus élevée est nuisible : les enfants tenus dans des chambres surchauffées, dont les fenêtres sont rarement ouvertes, s'étiolent rapidement et meurent bientôt, si l'on n'y prend garde. Les statistiques témoignent, en effet, de l'influence pernicieuse de la chaleur excessive ; la mortalité des enfants se trouve élevée. Il est vrai qu'il s'agit ici, bien plutôt des variations atmosphériques extérieures, la mortalité des enfants s'élevant durant les jours d'été et atteignant son maximum aux environs de la canicule.

La chambre, où l'enfant doit passer la majeure partie de son existence, sera donc, autant que possible, maintenue à une température égale. Devons-nous ajouter qu'elle sera la plus propre de la maison? Il est utile que, là, surtout, chaque objet soit à sa place déterminée, que le ménage soit en ordre et que la propreté la plus rigoureuse y soit entretenue. On n'y laissera séjourner aucune déjection et, sous aucun



prétexte, les langes souillés n'y sècheront, tendus sur des ficelles, des dossiers de chaises ou, devant la cheminée, sur un garde-feu. On ne se réunira pas pour manger dans cette chambre, comme il arrive quelquefois : il faut qu'aucune odeur désagréable ne s'y fasse sentir ; il faut que l'air respiré par le nouveau-né soit aussi pur que possible.

L'aération de la pièce de change se fera par les fenêtres *grandes ouvertes*, aux heures où l'enfant peut être maintenu dans une autre pièce, ayant la même température.

A la Maternité Baudelocque, le professeur Pinard a veillé que toutes ces conditions de propreté, de chaleur et d'aération fussent remplies. Dans la journée, les enfants reposent dans les berceaux, auprès du lit de leur mère ; une salle de change est annexée au dortoir, où des nourrices font le change des enfants deux fois par jour au moins, quelquefois plus, suivant le cas.

La lumière, comme la chaleur, joue un rôle important dans l'hygiène du nouveau-né. La chambre de l'enfant doit être claire. Pendant les premiers jours qui suivent la naissance, on veillera à protéger les yeux de l'enfant contre une lumière trop éclatante. Les rideaux du berceau ménageront la lumière du

jour, qui ne parviendra au nouveau-né que tamisée à travers une étoffe légère, ne blessant pas un organe délicat et en communication directe avec le cerveau[1]. Peu à peu, l'enfant sera amené au grand jour et il verra d'autant mieux que l'organe de la vue n'aura pas été blessé ou fatigué par une lumière trop intense.

Tous ces détails ont leur importance : la mère ne doit jamais perdre de vue, en effet, que bien des affections chroniques, qui tourmentent l'adulte, datent de cette époque critique de l'enfance, où le moindre écart, la moindre infraction aux lois rigoureuses de l'hygiène retentit sur tout l'organisme et le marque, à l'origine, d'une tare indélébile.

§ 4. — De la nécessité de peser les enfants

> « Le seul et unique moyen de s'assurer,
> « d'une manière certaine, de la prospérité
> « d'un nouveau-né, c'est de le peser tous
> « les jours, afin de savoir s'il y a augmen-
> « tation de son poids initial. »
>
> Odier, thèse, 1868.

« Chez l'adulte, l'amaigrissement appelle toujours l'attention des malades, qui ne tardent pas à le signa-

[1] On nous a souvent demandé, à ce sujet, quand les enfants commencent à voir. L'enfant *voit* immédiatement après sa naissance, c'est-à-dire que sa rétine est sensible aux rayons lumineux : c'est le commencement de la connaissance, qui vient plus tard, quand l'éducation des sens se fait, quand, par expérience, l'enfant

ler au médecin, comme l'indice d'un mal profond à découvrir. Il en est de même chez les enfants d'un certain âge qu'on voit maigrir et pour lesquels on consulte le médecin. Mais, chez le nouveau-né et chez les enfants encore à la mamelle, le pesage a une importance spéciale. Il annonce soit une perte de poids, que rien ne saurait révéler exactement que la balance, soit un déficit dans le poids moyen et quotidien de l'accroissement [1] ».

Le pesage des nouveau-nés est, en effet, le meilleur moyen de se rendre compte de leur état. Tout enfant qui augmente de poids, peu ou beaucoup (il ne faudrait pas attacher aux moyennes fournies par les statistiques une importance qu'elles n'ont pas en réalité), est un enfant qui se porte bien. Tout enfant qui diminue de poids ou qui demeure stationnaire est malade ou se trouve sous le coup d'une maladie prochaine, plus ou moins grave, quand l'insuffisance de l'alimentation ne peut pas être incriminée.

Un enfant bien constitué, venu à terme, pèse de 3,200 à 3,500 grammes (poids moyen), mais il ne fau-

acquiert une vague notion de la distance et de la forme. En naissant, l'enfant est myope : il ne *distingue* les objets que lorsqu'ils sont près de lui. Le strabisme qui est la conséquence de cette myopie se corrige seul et ne doit pas inquiéter la mère.

[1] BOUCHUT, *Traité de diagnostic*, p. 18.

drait pas croire pour cela, que tout enfant dont le poids est inférieur à cette moyenne, est mal constitué, *viendra* mal ou se trouvera infailliblement voué à la maladie, au rachitisme, à la mort.

Dans les premiers jours qui suivent la naissance, l'enfant diminue de poids, au lieu d'augmenter. Cela est dû, pour la plus grande part, à l'évacuation du *méconium*. La sécrétion de la sueur, de l'urine, les modifications de la nutrition, l'élimination du cordon [1] sont autant de causes qui expliquent la diminution de poids des nouveau-nés, durant les trois ou quatre premiers jours : cette diminution varie de 0 à 150 grammes, d'après le professeur Pinard.

Quoi qu'il en soit, ce n'est qu'à partir du sixième ou septième jour — quelquefois plus tôt chez les enfants nourris par leur mère — que l'enfant a repris son poids initial et c'est à partir de cette époque qu'il augmentera régulièrement.

L'augmentation moyenne oscille entre 20 et 25 gr. par jour, durant les cinq premiers mois, d'après les statistiques de Bouchaud ; elle n'est que de 15 grammes durant les sept mois qui suivent. Nous empruntons à l'ouvrage du professeur Proust le tableau suivant qui

[1] Bouchut, *loc. cit.*

indique l'augmentation quotidienne d'un nouveau-né, durant le cours de la première année.

	2e MOIS	3e MOIS	4e MOIS	5e MOIS	6e MOIS	7e MOIS	8e MOIS	9e MOIS	10e mois	11e mois	12e mois
GR.	GR.	GR.	GR.	GR.	GR.	GR.	GR.	GR.	GR.	GR.	GR.
25	23	22	20	18	17	15	13	12	10	8	6

Nous pensons, avec le savant professeur d'hygiène de la Faculté de Paris, que ces moyennes, observées par Bouchaud à la Maternité, c'est-à-dire dans des conditions hygiéniques insuffisantes, sont inférieures à la réalité et qu'il n'est pas rare de voir des enfants « qui augmentent de 30 à 40 grammes par jour pendant les cinq premiers mois, de 20 grammes jusqu'au huitième mois et de 10 grammes jusqu'au douzième mois [1] ».

La nécessité des pesées étant bien reconnue, les enfants seront pesés *tous les jours*, après le bain, *tout nus*, dans la balance dite de Pinard. Nous pensons que les pesées quotidiennes, au moins durant les six premiers mois, doivent être préférées aux pesées hebdomadaires. La maladie peut avoir une marche insidieuse, n'être précédée d'aucun prodrome ; pourtant, dès ce

[1] Proust, *Traité d'Hygiène*, p. 116.

moment, la balance révèlera des variations dans le poids ou dans l'accroissement de l'enfant. Aussi bien, cette opération de la pesée prend très peu de temps et attire fatalement l'attention de la jeune mère sur l'état de son nourrisson.

Il est inutile d'ajouter, après ce que nous avons dit et déjà répété, que le pesage de l'enfant aura lieu dans une chambre bien chauffée.

En même temps qu'il *grossit*, l'enfant *grandit*. On estime que la taille moyenne d'un nouveau-né varie entre 49 et 50 centimètres. D'après le Dr Sutils, les moyennes de l'accroissement en longueur durant la première année seraient les suivantes :

Accroissement pendant la première année

MOIS	LONGUEUR	ACCROISSEMENT PAR MOIS	MOIS	LONGUEUR	ACCROISSEMENT PAR MOIS
	centimètres	centimètres		centimètres	centimètres
0	49	»	7	64	1
1	53	4	8	65	1
2	56	3	9	66	1
3	58	2	10	67	1
4	60	2	11	67 50	0 5
5	62	2	12	68	0 5
6	63	1			

Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question de la taille quand nous traiterons de la croissance des enfants et des différents phénomènes qui l'accompagnent.

CHAPITRE II

§ 1. — Du vêtement

La manière d'habiller les enfants a été l'objet de nombreuses controverses depuis Rabelais, qui s'insurgeait contre l'antique maillot, jusqu'aux auteurs modernes, en passant par Montaigne et Jean-Jacques Rousseau. En réalité, l'usage du maillot et des bandes dans lesquelles l'enfant était rigoureusement enroulé, sous prétexte d'assurer la « rectitude » de la taille, tendent à disparaître. On commence à comprendre que s'il est nécessaire de vêtir les enfants, pour les soustraire aux variations de l'atmosphère, il est nuisible de les emprisonner dans un maillot serré où tout mouvement est impossible.

Aujourd'hui, la mode anglaise qui substitue la culotte au maillot est le plus généralement adoptée. Quelques personnes choisissent même la manière, dite *américaine*, qui laisse les enfants nu-bras et nu-jambes dès

les premiers jours de la vie. Après ce que nous avons dit de l'influence pernicieuse du froid, nous n'avons même pas à examiner cette dernière méthode que nous condamnons absolument et pour cause.

Emmaillotter l'enfant les deux premiers mois, en ayant soin d'assurer la liberté des mouvements, en préférant les cordons aux épingles, tel est le premier principe : le maillot est incontestablement le meilleur moyen de soustraire l'enfant au froid [1].

Au bout d'un ou deux mois, on peut emprunter la culotte à la mode anglaise. Ce vêtement, que l'on fait généralement en flanelle, est facile à défaire, facile à changer et permet de s'assurer fréquemment de l'état de propreté de l'enfant. Il a, en outre, l'avantage de faciliter la mise régulière de l'enfant sur un vase pour la satisfaction de ses besoins. On mettra donc la culotte dès que cela sera possible, un peu plus tôt en été, un peu plus tard en hiver.

Nous n'avons pas à décrire toutes les pièces de la layette des nouveau-nés. Toutes les femmes connaissent les langes, les couches, les brassières. Quant

[1] M. Pinard préfère que les enfants soient mis immédiatement en culotte. Le maillot long et flottant est toléré la nuit. (Malgré l'autorité de l'éminent professeur, nous nous en tenons à la pratique que nous avons indiquée.)

aux autres pièces du vêtement infantile, elles ne portent pas de noms particuliers, qui les distinguent de nos vêtements.

Avec le maillot serré, disparaissent encore les bonnets et les « béguins » : les enfants ont la tête nue, quelle que soit d'ailleurs la saison. Le bonnet est parfaitement inutile et doit par conséquent être supprimé. Aussi bien, il n'est pas nécessaire d'entretenir autour de la tête de l'enfant une chaleur exagérée qui présenterait plutôt des inconvénients.

A ce propos, il convient de blâmer ce préjugé populaire et fort respecté, en vertu duquel on ne touche pas à cet enduit (*le chapeau*), que certaines mères ignorantes s'applaudissent de voir apparaître sur la tête de leurs enfants. Nous nous rappelons, en Bretagne, avoir vu un enfant de trois ans, dont la tête était complètement recouverte d'une croûte épaisse, sous laquelle le pus suintait. La mère ne voulut, à aucun prix, malgré nos conseils, débarrasser l'enfant de cette horrible calotte qui lui semblait un gage de santé ! L'année suivante, l'enfant mourait, épuisé par cette suppuration prolongée qu'un préjugé barbare entretenait et favorisait.

La tête des enfants doit être lavée comme le reste du corps et, quand des pellicules, des croûtes appa-

raissent, on doit les enlever soigneusement à l'aide d'une brosse fine enduite, au besoin, d'un corps gras, comme l'huile d'amandes douces ou de vaseline.

Les soins de propreté doivent, en effet, être minutieux. Les bains journaliers ne suffisent pas. Il est nécessaire, si l'on veut éviter tout accident, de laver l'enfant toutes les fois qu'il aura souillé ses langes. La plupart des mères se contentent de changer l'enfant, après l'avoir essuyé, avec un coin, demeuré propre, de la couche sale : de là ces affections multiples de la peau, ces rougeurs, ces excoriations qui peuvent entraîner de graves conséquences.

Nous n'avons pas parlé d'un usage presque inconnu aujourd'hui, surtout dans les villes, mais qui était encore fort répandu au siècle dernier et qui se serait conservé, paraît-il, dans quelques campagnes reculées. Sous prétexte de corriger la déformation de la tête produite par l'accouchement, les matrones pétrissaient dans leurs mains la tête du nouveau-né et lui donnaient la forme qu'elles jugeaient la plus convenable. Quelquefois même leurs manipulations s'exerçaient sur le visage de l'enfant qu'elles avaient la prétention de rectifier. Ces manœuvres sont dangereuses ; il est à peine besoin de l'affirmer. Il est utile cependant de rassurer les jeunes mères qui se désolent de voir la

tête de leur enfant affecter une forme conique désespérante. La *bonne Nature* répare bien cet accident *physiologique* et la tête la plus pointue se transforme rapidement en une tête ronde, agréable à l'œil, sans qu'aucune intervention soit nécessaire.

§ 2. — Du berceau

L'hygiène exigerait que le berceau de l'enfant fût placé dans une autre pièce que celle où se trouve la mère, du moins pendant tout le temps où la jeune accouchée est forcée de garder le lit. Mais il y a là un *desideratum* impossible à réaliser et l'on se contentera d'aérer largement la chambre où séjournent la mère et l'enfant, en prenant naturellement toutes les précautions nécessaires pour les prémunir tous deux contre le froid. Le berceau sera placé dans un coin de la chambre bien abrité, loin d'une fenêtre ou d'une porte et protégé par des rideaux légers qui ménageront la lumière et préserveront l'enfant des trop brusques variations de température.

Les rideaux du berceau ne doivent pas être fermés hermétiquement, surtout s'ils sont en étoffe un peu épaisse. Le nouveau-né a besoin d'air et rien n'est

plus contraire à l'hygiène que de l'enfermer ainsi dans son berceau. Il faut que l'air circule autour de lui, se renouvelle constamment et parvienne pur à ses poumons.

L'enfant reposera, dans le berceau, sur le côté, *tantôt droit*, *tantôt gauche*, la tête légèrement élevée.

La confection du berceau est intéressante. Il est utile que le matelas et l'oreiller soient en crin, la laine et la plume ne devant servir qu'au recouvrement superficiel. La petite paillasse, de paille ou de varech, présente l'avantage de pouvoir être facilement remplacée, ce qui évitera de conserver sous l'enfant des substances dont le nettoiement est incomplet, qui s'imbibent peu à peu des déjections et qui ne tardent pas à répandre une odeur insupportable.

Doit-on bercer les enfants ? Cette vieille mode, qui s'est conservée jusqu'à nos jours, doit être abandonnée, non pas que le bercement présente de bien graves inconvénients, mais parce qu'il peut gêner le repos de la mère ou de la nourrice et qu'il n'est pas nécessaire.

Quelques hygiénistes se montrent beaucoup plus sévères pour cette coutume traditionnelle et prétendent que le bercement est nuisible aux enfants, surtout *après qu'ils ont tété*. Il provoquerait alors des vomis-

sements. Nous croyons que cette opinion est excessive et nous proscrivons le bercement pour les raisons que nous avons dites.

Pendant tout le temps que le fœtus passe dans le sein de la mère, il se trouve dans une sorte d'*état léthargique*, d'où il sort brusquement au moment de la naissance. A peine né, quand les influences extérieures qui l'excitent ont cessé, l'enfant se rendort. Le sommeil occupera une bonne partie des premières semaines de la vie des nouveau-nés ; ils ne se réveillent guère que pour téter et, cette grave occupation terminée, ils se retrouveront plongés de nouveau dans un profond sommeil que la douleur ou le besoin pourront seuls troubler ou interrompre.

Le sommeil des enfants sera respecté et toutes les conditions qui peuvent le favoriser, à l'exception du bercement, que nous avons défendu, seront, autant que possible, réalisées. L'enfant se réveillera seul, quand il aura assez dormi. Dans quelques cas, cependant, de sommeil trop prolongé, il sera nécessaire d'éveiller l'enfant, de le stimuler et de le mettre, presque de force, au sein. Si même cet état de somnolence anormale persistait, le médecin serait consulté et aurait à intervenir.

L'enfant dort beaucoup, mais il faut éviter qu'il

s'endorme sur les bras de la mère ou de la nourrice : le sommeil dans le berceau est plus complet, plus réparateur et n'a pas le grave inconvénient de fatiguer la nourrice. Le sommeil au grand air, par les jours tièdes, est favorable aux enfants, mais il faut veiller, soit au refroidissement possible, soit aux insolations, soit aux positions vicieuses qui laissent au réveil une sensation de malaise et quelquefois une véritable douleur.

Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il devient temps de régler le sommeil, comme nous verrons plus loin qu'il faut régler ses tétées. On l'habituera surtout à dormir la nuit, moins dans son intérêt que dans celui de la nourrice, qui, elle aussi, a besoin d'un repos prolongé, durant lequel son lait se reconstituera avec toutes les qualités nécessaires.

Les tétées de la nuit seront réglées dès l'origine et bientôt l'enfant fera sa nuit tout entière sans se réveiller.

Le sommeil des enfants a un caractère particulier de tranquillité. Ces petits êtres, que les soucis de la vie et de la conscience ne poursuivent pas jusque dans leur repos, dorment profondément et, s'il leur arrive parfois de « rire aux anges », comme disent les nourr-ices, il ne faut pas se hâter de voir là un symptôme

de maladie. A l'état de maladie, le sommeil est immédiatement troublé, soit qu'il devienne impossible, soit au contraire qu'il prenne l'apparence d'une véritable léthargie. Les mères remarquent bien vite ces troubles du sommeil chez leurs enfants et sont toujours les premières à en avertir le médecin

§ 3. — La vie au dehors

Jusqu'ici l'enfant a vécu dans l'appartement. Avant d'aborder le grand chapitre de l'alimentation, le plus important de notre programme, il nous a paru utile de montrer l'enfant vivant au dehors, au grand air, en pleine lumière.

Pendant les premiers jours qui suivent la naissance, l'enfant devra être gardé dans la même chambre, à l'abri des variations atmosphériques qui se produisent même dans un simple appartement, à plus forte raison dans une maison tout entière et au dehors. Nous avons vu que, par le fait du transport de l'enfant à la mairie, alors que la loi contraignait la famille à présenter le nouveau-né à l'officier de l'état civil, nous avons vu que la mortalité des enfants était augmentée.

On ne sortira donc pas l'enfant, même en été, le

lendemain de sa naissance, ni les jours suivants. Il ne faudra cependant pas exagérer cette précaution et, comme l'on fait encore à la campagne, garder le plus tard possible l'enfant à la maison et le faire manger le plus tôt. Dans tous les cas, une indication formelle doit être remplie : tant que la chute du cordon ombilical ne sera pas effectuée, tant que la petite plaie ne sera pas radicalement guérie, l'enfant ne sortira pas. En hiver, la première sortie sera encore retardée, en sorte qu'elle n'aura pas lieu avant la *troisième semaine;* en été, on pourra sortir l'enfant huit à dix jours après sa naissance.

Mais, avant de sortir l'enfant, combien il sera utile de le promener dans l'appartement, de l'habituer aux modifications légères de l'atmosphère, de l'approcher de la fenêtre ouverte, bien abrité dans un voile ou sous un châle, de tâter, pour ainsi dire, sa sensibilité et sa résistance.

Une fois la première sortie effectuée, il deviendra nécessaire de promener l'enfant tous les jours. Le grand air est une condition de bonne santé ; il stimule les fonctions respiratoires et digestives et c'est lui qui met aux joues de l'enfant un incarnat de bon augure.

Quand aura lieu la promenade ? Matin et soir, si possible, durant les beaux jours, l'après-midi seule-

ment en hiver. L'heure variera avec les saisons et les mères devront s'inspirer de ce principe que le grand froid et la chaleur excessive sont également nuisibles aux nouveau-nés. Aussi, par les grands froids, en dépit des recommandations de quelques hygiénistes, l'enfant sera maintenu à la maison, surtout si l'appartement est vaste et bien exposé. Nous avons, pour nous-même, pour nos enfants, suivi exactement cette manière et nous nous en sommes bien trouvés. Il est possible que la plupart des enfants s'habituent à sortir par tous les temps, même les plus rigoureux, mais il suffit que quelques enfants aient contracté de ce fait quelque bronchite ou seulement un *bon* rhume pour que cette coutume soit condamnée. Durant l'été la sortie aura lieu le matin, avant la chaleur et le soir, quand le soleil sera tombé à l'horizon. L'enfant est facilement atteint d'insolation ; il est utile de le soustraire à cet accident toujours grave.

Tant que l'enfant ne marchera pas, il sera tenu sur les bras et, s'il s'endort à la promenade — ce qui est très favorable durant les beaux jours — on le tiendra sur les genoux, dans une position commode et l'on veillera qu'il ne conserve pas durant le sommeil une attitude vicieuse qui ne serait pas sans danger. C'est pour éviter pareil accident que nous proscrivons les

voitures spéciales, évidemment commodes pour les nourrices, mais préjudiciables à l'enfant.

Dans ces voitures, en effet, l'enfant immobile, sanglé à l'aide d'une courroie, se refroidit facilement ; s'il s'endort, sa tête retombe en avant, en dépit des coussins et des oreillers, et son sommeil même le fatigue. Sur les bras, au contraire, il se reposera sur l'épaule de la mère ou de la nourrice : il sera mieux à l'abri du froid et les attitudes vicieuses qu'il pourrait prendre seront immédiatement corrigées.

Un enfant marche, en général, au bout de la première année. Quelques-uns marchent plus tôt, d'autres plus tard. Quelques auteurs ont voulu voir là des indications précieuses pour l'avenir, surtout chez les filles, dont le squelette a tant d'importance, au point de vue obstétrical, et, de fait, une fille qui marche très tard dont le système osseux se développe très lentement, paraît prédisposée au rachitisme et à toutes les malformations du bassin qui, un jour, peuvent être un obstacle au mécanisme de l'accouchement. Quoi qu'il en soit de ces opinions, il ne faut pas se hâter à mettre les enfants debout et nous condamnons ces chariots et autres engins, qui facilitent, dit-on, la marche, mais qui, faisant supporter le poids du corps à un squelette à peine développé et trop peu résistant,

amènent ces malformations dont tant d'enfants sont atteints.

Dès qu'on pourra, on laissera l'enfant se traîner à terre sur un tapis ; il se débattra à son aise, se dressera seul et bientôt, en se trainant le long d'un meuble ou des chaises, il essaiera ses premiers pas. Un beau jour il se risquera seul et marchera.

A partir de ce moment on surveillera seulement sa marche ; on ne le laissera pas se fatiguer, marcher trop et si, malgré ces précautions, ses petites jambes viennent à s'arquer, si quelque malformation s'accuse, le médecin sera consulté.

C'est à ce moment de la vie infantile que les bains de mer seront utiles, les bains de sable chaud sur la plage ensoleillée. Heureux les enfants des villes qui peuvent, durant deux ou trois mois de l'année, aller s'ébattre au bord de la mer et aspirer à pleins poumons l'air pur de la côte ! Ils font provision de forces pour la saison d'hiver qu'ils traverseront sans encombres.

CHAPITRE III

§ .1 — Nécessité de l'allaitement maternel

L'alimentation des enfants du premier âge est une des plus graves questions de l'hygiène sociale. Examinant ailleurs les causes de la dépopulation de la France, nous écrivions : « Toutes les lois du monde, qu'elles établissent la recherche de la paternité, qu'elles imposent les célibataires ou dotent les nombreuses familles, ne résoudront jamais le problème du repeuplement de notre pays. Sans doute, on pourrait souhaiter que tous les ménages n'eussent d'autre souci en tête que de procréer des enfants, mais, comme le disait excellemment F. Sarcey, *on n'arrivera jamais à persuader aux gens de faire des enfants, s'ils ne veulent pas en avoir.* Ce qu'il faut — et ce que l'on peut obtenir — c'est conserver ceux que l'on a, ceux que la mort prend au lendemain de leur naissance, sinon tous, ceux, du moins, qui vivraient, n'étaient

l'ignorance, les préjugés, les entêtements des parents et des nourrices, les faiblesses et l'incurie des médecins [1]. »

Et nous ajoutions :

« L'élévation de la mortalité, chez les enfants du premier âge, a pour cause une mauvaise direction de leur alimentation. On sait, en effet, la gravité qu'affectent, chez ces petits êtres, brusquement séparés de l'organisme maternel, les moindres troubles digestifs et quelle place occupe la gastro-entérite dans les tables de léthalité. On a dit, avec raison, que l'enfant qui vient au monde n'a pas encore achevé son parfait développement : c'est un être incomplet et la vie extra-utérine, pendant les premiers mois qui suivent la naissance, ne fait que continuer cette phrase d'*incubation*, qui s'est accomplie au sein de l'organisme maternel. Le nouveau-né a bien désormais une existence distincte de celle de sa mère. Celle-ci peut, en effet, mourir : l'enfant, pourvu qu'il trouve les soins nécessaires, continuera de vivre, de se développer et d'accomplir sa fonction. Mais, si la vie de l'enfant n'est plus aussi intimement liée à celle de sa mère, elle n'en reçoit pas moins une atteinte profonde

[1] Journal *Le Soir*, 15 septembre 1890.

le jour où la mort sépare ces deux êtres qui tiennent encore étroitement l'un à l'autre par des liens que l'accouchement et la délivrance n'ont pas rompus. »

L'allaitement est pour les mères non pas seulement un devoir social, non une charge de la maternité, mais une fonction physiologique nécessaire. Les médecins ont trop parlé aux jeunes femmes de l'intérêt de leurs enfants, quand ils les ont sollicitées de *nourrir ;* il est temps de leur montrer que l'allaitement leur est, au moins, aussi nécessaire qu'à ces petits êtres que l'on envoie mourir en nourrice ou que le biberon empoisonne.

Le phénomène de la lactation est préparé, chez la jeune femme, dès le premier jour de la fécondation. A partir de cette époque, des matériaux vont s'accumuler, s'emmagasiner dans les organes, dans le foie principalement, et quand l'activité utérine aura cessé, quand la gestation sera terminée, cette force, développée par la fécondation, abandonnant l'utérus, apparaîtra dans les mamelles, gonflées de lait, préparées, depuis longtemps déjà, à cette fonction importante [1].

Tandis que toute l'activité, toutes les forces vives,

[1] Cf. Arnould, Proust, Bouchut, etc...

toute l'énergie fonctionnelle seront dirigées vers les mamelles, l'utérus reviendra lentement sur lui-même ; le phénomène de l'ovulation[1] ne s'accomplira pas trop hâtivement, épargnant à un organe fatigué par la gestation une suractivité dangereuse, une congestion dont les conséquences seront une *métrite* toujours grave.

Pendant ce repos de l'utérus, la muqueuse se réparera, la matrice reprendra doucement sa forme et sa place : « Puis, quand, vers le neuvième mois, un peu plus tôt, un peu plus tard, la fonction génitale redescend vers l'utérus, quand l'ovaire se réveille et qu'une nouvelle ovulation a lieu, cette ovulation s'accomplit physiologiquement, car les parois de l'utérus, la muqueuse ont accompli silencieusement, mais complètement, leur évolution rétrograde[2]. »

La femme qui n'allaite pas enfreint donc un ordre formel de la nature. Certes, l'enfant souffrira de cette négligence, mais la mère, la plupart du temps, portera la peine de son incurie. Les *métrites* reconnaissent pour cause cette ovulation trop hâtive, dont

[1] * Terme de physiologie. Chute de l'ovule hors de la vésicule ovarienne et, par suite, hors de l'ovaire, chute accompagnée des phénomènes menstruels. (LITTRÉ, *Dict.*)
[2] A. PROUST, *loc. cit.*

nous avons parlé tout à l'heure et ont pour origine la congestion qui l'accompagne. La stérilité même, qui succède à une première grossesse, trouve son explication dans les troubles génitaux, dans les désordres fonctionnels que nous venons de citer.

L'allaitement maternel est donc bien une nécessité, pour l'enfant et pour la mère. Le premier conservera toutes les chances de vivre qu'il apporte avec lui, la seconde sera exempte de ces infirmités déplorables qui affligent tant de femmes, encore jeunes, et dont la fécondité est épuisée après une grossesse !

Mais, hélas ! il est des nécessités d'un autre genre qui empêchent la mère d'allaiter elle-même son enfant. La jeune mère, dans le peuple, doit travailler désormais davantage ; elle ne peut, durant le travail, nourrir le pauvre enfant, qui resterait seul à la maison. Il faut bien le confier à une garde, à une nourrice, à une voisine et le biberon meurtrier remplace la féconde mamelle de la mère.

N'est-ce pas de ce côté que doivent être dirigés les efforts des législateurs et des philantropes[1] ? Chez

[1] C'est ce qu'a compris Mme Léon Béquet de Vienne, quand elle a fondé, il y a vingt ans, la Société pour la propagation de l'Allaitement maternel. L'éloge de cette société, dont le siège est au n° 45 de la rue de Sèvres, n'est plus à faire. La dernière Exposition a valu une médaille d'or et une médaille d'argent à

les femmes du monde, l'éducation et les conseils des médecins suffisent à amener la jeune mère à allaiter son enfant. La charité publique doit intervenir pour faciliter ce devoir social aux femmes pauvres. Ainsi seulement l'on parviendra à abaisser l'effrayante mortalité qui sévit sur les nouveau-nés.

§ 2. — Du lait

La glande mammaire, dont le rôle important a été préparé depuis le moment même de la fécondation, est formée d'une vingtaine de lobules glandulaires, analogues aux glandes de la sueur, mais plus développées, et dont les culs-de-sac viennent s'ouvrir dans des conduits spéciaux, appelés canaux galactophores. Ces canaux se dirigent vers le mamelon, où chacun a un orifice indépendant.

Le phénomène d'*érection* du mamelon, qui facilite la succion de l'enfant, est dû aux fibres musculaires lisses qui se trouvent dans cette région et qui se contractent.

Nous avons vu précédemment que l'activité génésique semble, dans les derniers mois de la gestation,

cette œuvre intéressante et les maîtres de la presse parisienne lui ont consacré de longues chroniques.

remonter jusqu'aux mamelles, qui se gonflent et sécrètent un liquide jaunâtre, qui n'est pas encore du lait et qui a reçu le nom de *colostrum*. Ce liquide, dont la densité varie entre 1,046 et 1,060, n'a pas le même aspect que le lait et il est facile, au microscope, de distinguer les globules du colostrum[1] des globules du lait. Il est « le résultat d'une sécrétion non encore établie ou bien dérangée par une cause intercurrente, comme le retour des règles ou une grossesse chez une nourrice[2] ». Au point de vue chimique, le colostrum est, d'après les recherches de Clemm, riche en albumine coagulable par la chaleur; il contient un excès de beurre et de sucre.

Le colostrum, dans lequel la caséine n'est pas encore formée, jouirait de propriétés laxatives et faciliterait l'expulsion du méconium[3].

Ce n'est guère qu'au bout d'un mois environ, après la délivrance, que le lait normal est constitué : des différences notables se remarquent toutefois, selon les espèces et le mode d'alimentation[4].

Pour Claude Bernard, la sécrétion du lait est le

[1] Corps globuleux de Donné.

[2] KUSS et DUVAL, *Physiologie*, p. 184.

[3] Selon Lassaigne, le colostrum devrait cette propriété à la matière grasse qu'il contient.

[4] DUJARDIN-BEAUMETZ, *loc. cit.*

résultat d'une véritable « fonte » cellulaire : « Il y a là une sorte de bourgeonnement de cellules superposées, dans lesquelles se préparent successivement les matériaux du lait (la caséine, le beurre, etc.); ensuite la paroi de la cellule lactée se dissoudrait dans un liquide alcalin et le lait en résulterait. »

Si nous en croyons les auteurs, la sécrétion lactée ne serait pas le privilège exclusif des mammifères. Les oiseaux eux-mêmes nourriraient leurs petits pendant quelques jours, au moins, avec du lait véritable, sorte de bouillie blanchâtre sécrétée par les parois du jabot. L'analyse de cette bouillie, trouvée dans le jabot du pigeon, du perroquet, voire de l'ibis sacré [1], a été faite : elle contient de la caséïne, des sels, de la graisse, de l'eau. En revanche, elle ne contient pas de sucre, ce qui témoigne, à l'origine, du peu de développement du sens du goût, chez toute la gent volatile.

Le lait de la femme est analogue au lait de toutes les femelles d'animaux. Les analyses comparatives, suivant les races, ne présentent pas un caractère absolu. Une infinité de causes, l'âge, les variétés de

[1] DUJARDIN-BEAUMETZ, *loc cit.* « Les pigeons mâles, comme les femelles, nourrissent leur couvée avec une sécrétion de leur jabot. » (DARWIN, *Desc. de l'homme*, t. I, p. 232.)

l'espèce, l'alimentation, les diathèses, les conditions ambiantes de toutes sortes ne permettent pas d'établir des données rigoureusement scientifiques : aussi les chimistes ne fixent-ils que la composition moyenne des différents laits. Nous empruntons au *Dictionnaire* de Dujardin-Beaumetz le tableau suivant qui indique la composition approximative du lait, d'après les moyennes fournies par de nombreuses analyses pour 100 grammes de liquide.

	DENSITÉ	RÉSIDU SEC	CASÉINE	BEURRE	SUCRE	SELS
Femme	1 0315	12 3	1 9	4 5	5 3	0 10
Vache	1 0318	13 5	3 6	3 05	5 5	0 40
Chèvre	1 0228	12 4	3 7	4 2	4 0	0 56
Brebis	1 0038	18 0	1 8	5 33	4 2	0 70
Jument	1 0031	11 0	2 7	2 50	5 5	0 50
Anesse	1 0033	9 3	1 7	1 55	5 8	0 50
Chienne	1 0036	26 3	11 75 Caséine et Albumine	9 72	8 0	3 01
Truie	1 0046	23 0	12 39 Albumine	6 60	0 5	4 01

Nous verrons bientôt, lorsque nous entretiendrons nos lecteurs de l'allaitement artificiel quel profit nous

pouvons retirer de ces différents laits. Disons, dès maintenant, que l'alimentation exerce une influence considérable sur la quantité et la qualité du lait sécrété par les glandes mammaires. On raconte même, à cet égard, que certains pâturages d'Amérique rendent le lait et la chair des bestiaux, qui s'en nourrissent, vénéneux. Dujardin-Beaumetz rapporte l'exemple d'une femme et de ses cinq enfants, qui furent pris « de vomissements, de fixité du regard, de dilatation des pupilles, petitesse du pouls, abattement, etc., après avoir pris du lait de beurre provenant d'une chèvre qui, a-t-on prétendu, avait mangé de l'*Arethusa cynapium* ».

Nous verrons quelle importance a la connaissance de ces faits quand nous traiterons le chapitre spécial à l'hygiène des nourrices.

Quoi qu'il en soit, c'est d'après des expériences analogues à celles que nous venons de citer que l'on a eu l'idée, en thérapeutique, de soigner les enfants malades en faisant absorber aux nourrices les médicaments dont ils ont besoin. C'est ainsi que l'on peut administrer aux enfants scrofuleux et syphilitiques l'iode et le mercure qui contribueront à leur guérison. On guérit encore la fièvre intermittente des nouveau-nés en donnant le sulfate de quinine à la mère ;

on administre de la même façon l'huile de ricin, le fer, le bismuth, jusqu'à l'arsenic, etc.

Si nous n'avions montré surabondamment l'intérêt que les jeunes mères trouveront à nourrir elles-mêmes leurs enfants, ces dernières considérations ne suffiraient-elles pas à entraîner l'opinion des femmes sur la nécessité de l'allaitement maternel ? L'enfant ne peut supporter les médicaments les plus utiles, les plus efficaces, que s'ils ont subi, dans leur passage à travers le sang et le lait de la mère, les modifications nécessaires à leur facile assimilation. L'enfant, élevé au biberon, se trouvera sans protection contre les maladies qui viendront l'assaillir, au lendemain de sa naissance. S'il est robuste, il pourra peut-être résister; s'il est faible, il se trouve infailliblement voué à une mort prochaine. Pour l'enfant qui tète, le lait de la mère servira de véhicule aux médicaments qu'il ne pourrait absorber directement. Le médecin luttera victorieusement contre la scrofule, l'anémie, la fièvre, la syphilis. Non seulement l'enfant ne mourra plus, mais encore il pourra guérir !

La quantité de lait sécrété varie suivant les personnes ; toutefois la quantité maxima ne paraît pas dépasser 1.500 grammes [1]. Nous pouvons, dès à présent,

[1] NATALIS GUYOT.

indiquer que cette quantité est « en raison de l'appel fait par l'enfant ; elle diminue quand il y a alimentation mixte [1] ». Nous étudierons bientôt les autres circonstances qui viennent modifier la sécrétion du lait et que nous n'avons fait encore qu'indiquer.

Avant de clore ce paragraphe nous devons parler de cet accident, connu par les anciens auteurs sous le nom de « fièvre de lait » et qui accompagne quelquefois les premières montées laiteuses. « Il se fait, écrit P. Lorrain [2], un travail physiologique qui est sur la limite des états morbides et qui est connu sous le nom de fièvre de lait. Cette poussée laiteuse a lieu de la trentième à la soixantième heure après l'accouchement. Il n'y a point à proprement parler de fièvre, car il n'y a pas de frissons et le pouls est souvent ralenti ; mais il y a de la lassitude, de la courbature, un peu de céphalalgie ; la femme éprouve des picotements dans les mamelles, de l'agitation ; quelquefois cette agitation se traduit par une extrême loquacité. Si le pouls dépasse 90 à 100 pulsations, la fièvre de lait n'est pas franche et il existe quelques complications morbides. »

Cette fièvre, telle qu'elle est décrite par Lorrain

[1] JACCOUD, *loc. cit.*
[2] PAUL LORRAIN, *apud* JACCOUD, t. I, p. 727.

8

n'est aujourd'hui admise par personne. Ce que les anciens accoucheurs appelaient fièvre de lait n'était autre chose qu'une légère infection, une forme atténuée de l'infection puerpérale. Chantreuil, étudiant cette question, s'est arrêté aux conclusions suivantes :

« 1° L'entité morbide désignée sous le nom de fièvre de lait, n'existe que très rarement ;

2° Dans les cas tout à fait normaux, le pouls ne dépasse pas 76 dans la période d'établissement de la sécrétion laiteuse, par conséquent il ne peut être question de fièvre ;

3° La température suit les variations du pouls :

A. Dans les cas normaux, la température absolue ne s'élève pas, pendant la période de la sécrétion lactée, au-dessus de 38°,2 et même 37°,8, chiffres qui ont été adoptés comme exprimant la température moyenne, par tous les auteurs qui se sont occupés de thermométrie ;

B. Nos observations nous apprenent que la température, après avoir été élevée immédiatement après l'accouchement, baisse le jour suivant, remonte dans les cas normaux d'une légère fraction de degré, comprise entre 0 et 0,5 de degré, pendant la période de la sécrétion du lait, puis s'abaisse ou s'élève plus tard suivant les circonstances ;

C. Cette légère différence de température peut être

attribuée au travail physiologique des mamelles, mais aussi aux processus de solutions de continuité des organes génitaux et même aux modifications qui surviennent dans tout l'organisme à cette époque.

Une différence de température supérieure à un degré indiquait la coïncidence d'un état morbide avec la montée du lait (Chantreuil) [1]. »

Il n'y a donc pas, en réalité, de fièvre de lait et les méthodes antiseptiques ont toujours raison de cet accident qui occupait une place importante dans les traités des anciens accoucheurs.

§ 3. — Régime de l'enfant dans l'allaitement maternel

L'enfant doit être mis au sein peu de temps après sa naissance, quand la mère est reposée et tranquille. D'instinct, l'enfant saisit le mamelon et le phénomène de la succion s'établit. Nous ne partageons pas l'opinion des sages-femmes et des médecins qui, le premier jour, ne donnent à l'enfant que de l'eau sucrée et attendent la montée laiteuse. Nous pensons que l'enfant doit téter presque *immédiatement* et que la montée du lait se fait mieux et sans encombre quand elle est favorisée par l'appel du nouveau-né. Ce que nous

[1] Charpentier, *Traité des Accouchements*, t. I, p. 547.

avons dit du colostrum [1] et de ses propriétés laxatives justifie, en outre, notre manière de voir [2].

Il est nécessaire que l'enfant soit tenu dans une position favorable pendant qu'il tète. Il faut veiller, en effet, à ce qu'il puisse respirer librement par les narines. Si le lait monte trop vite et en trop grande quantité, la mère, en comprimant légèrement le sein, règlera elle-même la montée et épargnera à son nourrisson ces brusques ingurgitations suivies d'une toux pénible et de vomissements.

La plupart des médecins recommandent de réglementer les tétées et cela dès l'origine. Nous partageons cette manière de voir et nous admettons en principe que l'enfant doit téter toutes les deux heures. Aussi bien cette réglementation se fait seule, pourvu qu'on y mette un peu de bonne volonté et de patience. La nuit, les tétées seront encore plus espacées et bientôt l'enfant s'habituera à dormir tout d'une traite jusqu'au matin, sans qu'il soit utile de le réveiller pour le mettre au sein.

Voici d'ailleurs un tableau résumé de ce que nous pourrons appeler :

[1] Cf. le paragraphe précédent.

[2] DUJ.-BEAUMETZ (*loc. cit.*) affirme que cette titillation du mamelon par l'enfant a l'avantage d'aider l'utérus à se rétracter.

La journée du nourrisson

8 h. 1/2	matin.	Bain.	Change complet.	Première tétée.
11 h.	—	—	Deuxième tétée.	
1 h.	soir	—	Troisième tétée.	
3 h.	—	—	Quatrième tétée.	
5 h.	—	—	Cinquième tétée.	
7 h.	—	—	Sixième tétée.	
9 h.	—	—	Septième tétée.	

L'enfant est alors mis au lit pour la nuit. Les premiers temps on lui donnera à téter vers minuit, trois heures et six heures, c'est-à-dire toutes les trois heures. Peu à peu, on supprimera la tetée de minuit et l'enfant prendra l'habitude de dormir jusqu'à trois et quatre heures du matin, ce qui permet à la mère de goûter un peu de repos.

On conçoit que le tableau précédent n'a pas une rigueur absolue. Le principe qu'il faut adopter est le suivant : ménager à la nourrice ou à la mère le temps nécessaire à ses repas et au sommeil. Nous avons supposé que l'on déjeunait à onze heures et demie et à sept heures et demie, heures généralement adoptées, à Paris, au moins.

La balance a permis à Natalis Guillot [1] de s'assurer

[1] *Union médicale*, 1852, p. 61-65.

de la quantité de lait qu'un enfant absorbe par tétée. L'enfant est pesé immédiatement avant d'être mis au sein, puis immédiatement après avoir tété.

D'après Bouchaud[1] l'enfant absorbe le premier jour 30 grammes de lait; le deuxième jour, 150 grammes; le troisième jour, 450 grammes; le quatrième jour, 550 grammes. Vers cinq ou six mois, l'enfant arrive à prendre un litre de lait, quelquefois plus, ainsi que nous l'avons déjà rapporté. « Par téter abondamment, écrit Trousseau[2], j'entends que l'enfant prenne, chaque fois qu'on le met au sein, de 60 à 80 grammes de lait. S'il est fort et vigoureux et qu'il n'en prenne pas cette quantité, c'est que sa nourrice est mauvaise. »

Le phénomène de régurgitation, qu'il ne faut pas confondre avec les vomissements pathologiques se produit chaque fois que l'enfant a trop tété. Il évacue doucement, sans douleurs, *physiologiquement*, le trop-plein qu'il a absorbé. Il ne faut donc pas voir là un accident capable d'inspirer la moindre inquiétude. Il est bon toutefois d'espacer les tétées ou, tout au moins, d'en restreindre la durée; on évitera ainsi les régurgitations trop fréquentes.

[1] Thèse inaugurale, 1864.
[2] TROUSSEAU, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 160.

CHAPITRE IV

§ 1. — Obstacles à l'allaitement maternel

Nous avons vu précédemment l'importance de l'allaitement maternel et que ce n'était pas sans dangers pour elles-mêmes et pour leurs enfants que tant de femmes se soustrayaient à leurs devoirs maternels. Il arrive cependant que certaines femmes ne peuvent pas nourrir, non plus par caprice, non plus par crainte des ennuis et des charges de la maternité, mais à cause de leur état physique — la seule impossibilité réelle, selon nous, — à cause aussi de leur *fonction sociale*.

Il n'entre pas dans le cadre de ce petit livre de traiter les réformes nécessaires à opérer pour rendre possible l'allaitement à toutes les femmes. Il faudrait pour cela nous attaquer non seulement à des intérêts égoïstes, à des préjugés, mais à des institutions que le temps a consacrées et qui sont intimement liées à notre conception de l'organisation définitive de nos sociétés modernes. Il est bien certain, en effet, que la

femme, dans notre société si complexe et partant si éloignée de l'état de nature, a perdu le sens de sa véritable destination physiologique. Elle est bien toujours la mère, si la maternité consiste à porter dans ses flancs le produit de la conception, à enfanter, à mettre au monde l'être vivant qui va perpétuer la race, mais elle est, elle reste, elle demeure toujours l'épouse et — ce qui est pire — l'épouse, compagne de l'homme civilisé, associée à ses besoins, à ses souffrances, à ses luttes. Aux heures sombres où la misère, où la maladie s'abat sur la famille, l'épouse supplée le chef dans ce combat de la vie — autrement âpre, autrement cruel dans nos civilisations étincelantes qu'aux premiers jours de l'humanité — et, quand la mort enlève définitivement à la famille le mari, le père, son protecteur naturel, c'est à l'épouse, souvent faible, souvent désarmée, qu'incombe la lourde tâche de le remplacer. Sa maternité est un épisode dans sa vie, un accident, allais-je écrire, au lieu d'être le but, le motif de son existence. C'est par là, sans doute, que nos sociétés disparaîtront et c'est ce qu'entrevoyait notre grand et trop oublié Aug. Comte, quand il écrivait : « A proprement parler les femmes ne constituent pas une classe, puisqu'elles ne doivent jamais être envisagées collectivement....... La valeur mentale et

surtout morale de la femme exige sa concentration dans la vie privée, tandis que l'homme ne se développe dignement qu'en aspirant à la vie publique. Ainsi la suprématie sociocratique du sexe aimant ne saurait devenir abusive puisque, sauf d'heureuses anomalies, *il perd nécessairement ses titres*, *aussitôt qu'il sort du sanctuaire domestique*[1]. »

Mais, hélas ! en un temps où la femme, sous prétexte d'émancipation et d'égalité, déserte de plus en plus le foyer domestique pour se lancer dans la mêlée de la vie, ces sages paroles d'un grand philosophe risqueront fort de n'être point entendues. Aussi bien la nécessité est là urgente, implacable : *il faut vivre* et nous devons avouer que la société n'a rien fait, ne fait rien[2] pour faciliter aux femmes de bonne volonté — mais trop pauvres — l'exercice de ce devoir social, l'allaitement maternel.

Si nous laissons de côté toutes ces considérations sociologiques qui constituent cependant une bonne part des impossibilités que rencontre la mère, au moment de nourrir elle-même son enfant, nous aborderons l'étude des causes qui, cette fois, détermine-

[1] Aug. Comte, *Système de politique positive*, t. IV, p. 63.
[2] Voir aux Annexes: Les Sociétés protectrices de l'enfance : *la Société pour la propagation de l'Allaitement maternel*.

ront le médecin à s'opposer à l'accomplissement de cette fonction importante. Nous avons vu que, dans la plupart des cas, la mère devait nourrir : quand doit-elle renoncer à le faire et pourquoi ?

Les obstacles à l'allaitement par la mère sont de deux sortes : ils proviennent de la mère, ils proviennent de l'enfant.

La femme peut n'avoir pas de lait et l'on a cité des cas remarquables d'agalaxie. Il ne faudrait cependant pas se hâter de déclarer qu'une femme manque de lait, parce que le lait n'a pas fait son apparition avant l'accouchement ou tarde à paraître après la délivrance. On a des exemples de ces retards de la montée laiteuse et il suffit, pendant un jour ou deux, d'alimenter l'enfant artificiellement, tandis qu'à l'aide d'un tire-lait on excite la fonction de la mamelle plusieurs fois par jour. On a recommandé, à ce propos, dans les derniers temps de la grossesse, de préparer, par des succions à l'aide d'appareils [1], la glande mammaire et le mamelon à leurs fonctions respectives. Nous croyons cette pratique inutile. Dans tous

[1] On ne saurait trop prendre de précautions lorsqu'on emploie ces instruments. Nous avons vu récemment, par suite de la compression de la cupule de verre et, peut-être, par un nettoiement incomplet de l'appareil, surgir un abcès du sein que nous fûmes obligé d'ouvrir.

les cas l'initiative en sera laissée au médecin, qui jugera de son opportunité.

Les malformations de la mamelle et surtout du mamelon sont également un obstacle à l'allaitement par la mère. Nous avons vu des femmes chez qui le mamelon n'existe même pas ou, du moins, il est rentré tellement qu'on n'aperçoit qu'une sorte de trou là précisément où il devrait saillir et se dresser. Quelquefois on peut façonner le mamelon soit quand l'enfant s'obstine à téter, soit quand on a recours aux manœuvres que nous venons d'indiquer, soit enfin quand on supplée au mamelon par un bout de sein artificiel.

A propos des malformations des seins et du mamelon, il est nécessaire d'indiquer le volume et la forme des seins les mieux appropriés à l'allaitement du nouveau-né. « Les seins volumineux, assez fermes « mais sans dureté, écrit Dujardin-Beaumetz, seront mobiles sur la poitrine. Une vascularisation superficielle y marquera l'activité fonctionnelle. La palpation y fera découvrir un tissu glandulaire abondant et peu de graisse. L'aréole sera foncée, le mamelon allongé, un peu plus volumineux à son extrémité qu'à sa base, s'érigeant aisément, sans être trop sensible, couvert d'un tégument assez endurci pour être à l'abri des ger-

çures et des érosions. Il faut qu'en prenant le sommet du sein on en fasse jaillir sans peine, comme d'une pomme d'arrosoir, une gerbe lactée[1]. »

Au cours de l'allaitement il peut arriver que la sécrétion lactée diminue, soit que les fonctions utéro-ovariennes apparaissent de nouveau, soit que la mère, fatiguée, épuisée par l'accouchement même ou l'allaitement des premières semaines, présente les symptômes de l'anémie. Dans le premier cas, on aura recours à l'allaitement mixte, dont nous parlerons bientôt; dans le second cas, la mère cessera de nourrir et l'enfant sera confié à une nourrice mercenaire.

Quelques femmes, d'ailleurs bien portantes, *voient* pendant tout le cours de l'allaitement. La *qualité* du lait ne paraît pas atteinte, surtout si la femme est vigoureuse, la quantité seule diminue. C'est donc au médecin à décider s'il y a lieu de recourir à l'allaitement mixte. La balance consultée, l'augmentation régulière du poids de l'enfant ou sa diminution seront le critérium qui permettra au médecin de se prononcer. Il en est de même pour une grossesse commencée pendant l'allaitement : la quantité seule du lait peut différer, la qualité restant la même, au moins pendant quelques mois.

[1] DUJARDIN-BEAUMETZ, *Dictionnaire de thérapeutique*, t. I, p. 147.

La grossesse exerce-t-elle une action sur la qualité du lait ? Sur ce point, comme sur tant d'autres, les auteurs ne sont pas d'accord. Voici, à ce propos, quelques opinions.

D'après Becquerel et Vernois, la quantité seule du lait est modifiée. La sécrétion laiteuse peut même se tarir complètement.

Arnould, dans son magistral *Traité d'hygiène*, écrit les lignes suivantes :

« Il n'est pas prudent d'accepter une nourrice réglée ou enceinte, parce qu'il y a des chances pour que son lait tarisse bientôt ; mais lorsque l'un ou l'autre de ces incidents se produit pendant l'allaitement, le lait peut n'en être pas plus mauvais, et ce n'est pas un motif de renvoyer la nourrice, pourvu que la sécrétion du lait continue d'avoir lieu. »

Cette opinion est encore celle de Paul Lorrain, dans son article *Allaitement* du *Dictionnaire* de Jaccoud. Dans le même ouvrage, Straus écrit :

« L'état de gestation et la menstruation amènent peu de changement dans la composition du lait. Cependant le beurre, la caséine et les sels augmentent très sensiblement en proportion et peuvent rendre le lait difficile à digérer. »

D'autre part, Trousseau écrit :

« Une grossessse, arrivant concurremment, n'a pas d'autre effet que de diminuer ou de tarir complètement la sécrétion du lait ; mais celui-ci ne prend pas pour cela, de qualités vicieuses. »

Les gerçures du sein, les crevasses, auxquelles d'ailleurs il est facile de remédier et que, dans une certaine mesure, on peut éviter, comme nous le verrons tout à l'heure, ne sont pas une contre-indication formelle de l'allaitement, non plus que les abcès, tant qu'ils n'offrent pas une étendue trop considérable.

Quant aux diathèses (tuberculose, syphilis, etc.), elles sont, en ce qui concerne les nourrices mercenaires, une contre-indication absolue. La mère tuberculeuse ne nourrira pas son enfant, à cause de l'épuisement, de la fatigue qu'elle ne tarderait pas à éprouver et qui serait un *coup de fouet* donné à la maladie. En revanche, la mère atteinte de syphilis avant la conception ou pendant la grossesse devra toujours nourrir son enfant. Nous avons vu précédemment que le traitement institué pour la mère exerce la meilleure influence sur le nouveau-né : c'est un adjuvant précieux du traitement qu'on instituera pour l'enfant.

La mère anémique pourra-t-elle nourrir son enfant ?

Nous pensons que l'anémie n'est pas une raison de

renoncer à l'allaitement maternel, surtout si l'on considère que cette affection peut être modifiée durant le cours de la grossesse et que, en cas d'insuffisance du lait maternel, on peut avoir recours à l'allaitement mixte, *bien supérieur* à l'allaitement mercenaire ou artificiel [1].

L'épilepsie constitue une contre-indication formelle à l'allaitement maternel, à cause des accidents qui peuvent arriver de la façon la plus imprévue et compromettre la vie de l'enfant. D'autre part, dans la séance du 18 mai 1891, à la Société de Biologie, le Dr Féré rapportait un cas curieux de suppression instantanée et définitive de la sécrétion lactée, à la suite d'une attaque d'épilepsie.

D'après Schling, le lait d'une femme atteinte de fièvre n'exercerait aucune influence sur l'enfant et ce n'est que dans les fièvres graves, à température élevée, que l'enfant présenterait des accidents fébriles identiques à ceux de la nourrice.

Dans un cas de mammite, M. Bumm a constaté le passage du micrococcus dans le lait et dans l'appareil digestif de l'enfant.

D'après Peter, les affections du cœur sont une contre-indication à l'allaitement par la mère.

[1] Cf Arnould, *loc. cit.*

Quant aux affections aiguës qui apparaissent chez les nourrices, nous n'avons pas à en parler, le médecin étant toujours appelé et donnant seul son avis.

Telles sont les différentes circonstances qui peuvent se présenter chez la mère et la faire hésiter au moment où elle pense allaiter elle-même son enfant.

Quelquefois, au contraire, l'obstacle à l'allaitement maternel vient de l'enfant. Il s'agit d'un enfant né avant terme, alors que la sécrétion lactée n'est pas suffisante chez la mère, auquel cas l'enfant est mis dans une couveuse et confié à une bonne nourrice.

L'enfant présente des malformations qui s'opposent à la succion : il a un bec de lièvre, le voile du palais est divisé, il existe une paralysie faciale, toutes circonstances qui gênent ou empêchent les tétées. C'est alors qu'il faudra recourir à l'allaitement artificiel et donner à l'enfant le lait qui convient le mieux à son estomac.

On désigne sous le nom de *filet*[1] l'excès de développement du repli muqueux constituant le *frein* de la langue. Il était d'usage, autrefois, de couper le filet à tous les enfants. On est heureusement revenu de

[1] Le nom scientifique est ankyloglosse médian inférieur. Il existe une variété plus rare, *ankyloglosse supérieur*, où la langue est, au contraire, comme appliquée au palais.

cette erreur, qui a causé quelques accidents funestes. Une section intempestive du filet, outre qu'elle expose l'enfant à une hémorrhagie, qui peut devenir grave, peut encore entraîner le renversement de la langue en arrière et provoquer l'asphyxie. Il est rare que l'ankyloglosse médian inférieur soit un obstacle à l'allaitement. Dans tous les cas, il faut avoir recours au médecin et se garder d'écouter les bonnes femmes qui n'hésiteront pas à tenter elles-mêmes cette opération.

Dans la *soubrelangue*, le filet est hypertrophié au point de constituer une véritable tumeur. L'opération sera confiée au médecin : elle consiste dans la section de la tumeur ou bien en des mouchetures faites à sa surface, à l'aide d'une lancette.

La syphilis de l'enfant, alors que la mère est ou paraît indemne, est encore une circonstance que le médecin aura un jour à examiner. Doit-on conseiller l'allaitement par la mère — car il ne peut s'agir ici de l'allaitement par une nourrice mercenaire, à cause de la contagion possible? — Doit-on, au contraire, ordonner l'allaitement artificiel? C'est au médecin à se prononcer.

CHAPITRE V

§ 1. — Allaitement mercenaire

L'allaitement mercenaire est fourni soit par une nourrice qui demeure à la maison, soit par une nourrice qui emmène l'enfant au loin, à la campagne le plus souvent.

Il est certain que l'allaitement *au sein*, même par une nourrice mercenaire, habitant en dehors de la famille, est bien supérieur à l'allaitement par le biberon, mais nous verrons bientôt que ce système coûte 178 enfants de 0 à 1 an sur mille naissances [1] et que, comme écrit Dujardin-Beaumetz : *Bon an, mal an, l'allaitement des enfants par les nourrices mercenaires se solde par la perte de 100,000 enfants.* Il est vrai que la loi sur la protection de l'enfance [2], la surveil-

[1] Cf. Arnould, *loc. cit.*, p. 1077.

[2] Article premier. — Tout enfant, âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient par le fait l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé. (Voir Annexes.)

lance active de médecins dévoués exerceront la meilleure influence et que cette effrayante mortalité tend déjà à diminuer.

En 1862, l'enquête, ordonnée par le ministre de l'intérieur, à la suite de longues discussions, rendues publiques, et qui préoccupaient l'Académie de Médecine depuis plus de quinze ans, fournit les résultats suivants dans dix départements :

DÉPARTEMENTS	MORTALITÉ DES ENFANTS DU PAYS	MORTALITÉ des nourrissons de Paris
Seine-et-Marne.	19 05 pour 100	76 81 pour 100
Aisne	21 22 —	62 87 —
Orne	16 62 —	60 96 —
Eure-et-Loir. .	18 44 —	59 13 —
Yonne. . . .	17 07 —	57 73 —
Somme . . .	22 58 —	57 14 —
Sarthe. . . .	30 27 —	56 45 —
Loir-et-Cher .	18 90 —	44 28 —
Loiret. . . .	20 68 —	42 84 —
Nièvre. . . .	17 47 —	30 48 —

On voit d'après ces chiffres[1] combien il était nécessaire qu'une loi intervînt et protégeât efficacement les

[1] Le tableau précédent a été emprunté à un remarquable et consciencieux travail de M. Léon Béquet, conseiller d'État : *Régime et législation de l'Assistance publique et privée en France.* (Paul Dupont, édit., 1885.)

enfants envoyés en nourrice et secondât l'œuvre des Sociétés particulières, comme la Société protectrice de l'Enfance qui a déjà tant fait pour les nouveau-nés.

L'*industrie nourricière*, comme on dit, doit être, en effet, l'objet de la surveillance constante de l'autorité, et, dans ces conditions, elle peut rendre de grands services. Nous avons nous-même, à un moment donné, été chargé du service d'inspection des nourrissons, à la campagne et nous avons pu nous rendre un compte exact des *desiderata* à réaliser. Que le médecin comprenne l'importance de ce devoir, qu'il rencontre un aide, une protection efficace du côté de l'administration et nous ne doutons pas que la mortalité des enfants, allaités au sein, par des nourrices campagnardes, ne s'abaisse rapidement et dans de notables proportions. Ce qu'il faut, en effet, c'est que le certificat médical, exigé des nourrices ne soit pas une simple formalité, encore moins une complaisance. Toute femme désirant devenir nourrice devrait être adressée au médecin par l'administration, qui supporterait les frais de la visite. C'est la nourrice, en effet, qui, jusqu'à présent, paie le certificat médical, en sorte que, si le médecin est amené à refuser ce papier, il n'est pas payé, d'une part, et la nourrice s'en va, d'autre part, trouver quelque autre confrère, moins

scrupuleux ou moins éclairé, qui délivrera le certificat contre espèces. Le jour où l'examen médical sera commandé par l'administration, le certificat cessera d'être une complaisance et présentera quelque garantie.

Mais ce livre, qui n'a pas d'autre prétention que d'être un guide et un conseil pour les jeunes mères, ne saurait devenir une tribune et, si nous avons traité cette question des nourrices mercenaires, c'est pour montrer aux familles combien elles doivent être prudentes dans le choix qu'elles font d'une éleveuse à la campagne et que la première femme venue, fût-elle saine, n'est pas nécessairement une bonne nourrice.

On a indiqué, pour déterminer un choix judicieux, une infinité de règles et de principes qui ne nous paraissent pas absolument infaillibles. Nous verrons quelles opinions prédominent aujourd'hui, tout en nous hâtant d'ajouter que le véritable *criterium* de la qualité d'une nourrice, c'est son enfant, c'est l'augmentation régulière, la bonne santé de son nourrisson.

D'après Gubler, les meilleures nourrices seraient les femmes de la Basse-Bourgogne, aux seins hémisphériques. Mais il suffit de pénétrer dans l'intérieur de familles normandes pour voir combien sont beaux

les enfants, et frais et roses, en dépit de la carie dentaire dont presque toutes les femmes de ce pays sont affectées. La race n'a donc pas, peut-être, toute l'influence qu'on a voulu lui reconnaître et nous devons avouer qu'il y a partout de bonnes nourrices.

La couleur des cheveux a été considérée comme un *criterium* infaillible et tout le monde convient à peu près que les femmes brunes ont un lait supérieur à celui des blondes, et L'Héritier (cité par Arnould) donne l'analyse différentielle suivante :

	LAIT DES BLONDES	LAIT DES BRUNES
Eau	892	853 3
Beurre	35 5	54 8
Caséine . . .	10	16 2
Sucre	58 5	71 2
Sels	4	4 5

Le lait des brunes serait donc, à beaucoup près, le plus nourrissant ; mais — nous le répétons — cette règle encore n'est pas absolue.

Toutefois, nous pensons que les femmes rouges et les femmes très brunes, noires, pour ainsi dire, ne doivent pas être choisies comme nourrices. On sait que ces femmes exhalent le plus souvent une odeur

âcre et pénétrante et que, dans bien des cas, elles semblent prédisposées à la tuberculose.

On choisira donc une nourrice châtain, clair ou foncé, et l'on se règlera, pour l'examen des seins, à ce que nous avons indiqué précédemment.

L'âge de la nourrice n'est certainement pas une chose indifférente à consulter. Selon nous, une bonne nourrice doit être âgée de vingt-deux à trente ans. Au-dessous de vingt-deux ans, outre la mobilité du caractère, la femme ne paraît pas, à part de rares exceptions, présenter une résistance suffisante aux fatigues de l'allaitement. Passé trente ans, en dépit des observations de Coudereau, qui affirme que les mères dont les enfants ont le plus profité étaient âgées de trente-six à quarante-trois ans, nous croyons qu'une nourrice est rarement bonne. Il est bien entendu, d'ailleurs, qu'il ne s'agit ici que des nourrices mercenaires et non de la mère, qui, même à quarante ans ou, mieux, à tout âge, demeure la meilleure nourrice pour son enfant.

Faut-il choisir une femme primipare ou bien une femme qui déjà a eu un ou plusieurs enfants ? Les uns affirment que les primipares sont préférables et ils citent des expériences, au cours desquelles les enfants des primipares auraient « gagné un quart de

plus que les enfants des multipares [1] ». Mais la multipare a plus d'expérience, elle s'entend mieux aux soins des enfants, elle a fait ses preuves comme nourrice et l'on sait ce qu'a duré chez elle la sécrétion laiteuse et quels résultats elle a obtenus. Cette dernière raison nous fait préférer les multipares.

Certaines familles, au moment de choisir une nourrice sur lieu, ne veulent accepter, à aucun prix, une fille-mère. Nous croyons que c'est là un préjugé dont il faut nous débarrasser. La fille-mère, surtout si l'on a sur son compte des renseignements suffisants, sera, le plus souvent, une meilleure nourrice qu'une femme mariée, dont elle n'aura pas les exigences. Elle pourra, plus tard, demeurer dans la famille, qui ne l'aura pas repoussée, en qualité de servante, s'attachera à l'enfant qu'elle aura allaité, durant de longs mois, et se trouvera elle-même réhabilitée. Son enfant, à elle, trouvera dans la famille où sa mère sera demeurée, sinon une famille, du moins un milieu sympathique qui exercera, sur sa vie entière, une salutaire influence. Cette dernière considération a son importance dans une société démocratique comme est la nôtre et où les préjugés sur la naissance tendent à disparaître de jour en jour.

[1] Arnould, *loc. cit.*

L'âge du lait de la nourrice mérite, à son tour, d'être examiné. Il est incontestable que le lait qui convient le mieux au nouveau-né est celui qui n'est encore que le *colostrum* [1], mais il est impossible d'avoir une nourrice qui vient d'accoucher et d'opérer, au lit même de la parturiente une véritable substitution d'enfant. Le mieux c'est de trouver une nourrice dont le lait ne dépasse pas deux à trois mois d'âge [2]. Si l'on n'a sous la main qu'une nourrice dont le lait remonte à six mois, il sera utile de la soumettre à un régime spécial. La loi sur la protection de l'enfance n'admet pas de nourrices dont le lait remonte à plus de six mois, et nous pensons qu'elle a raison. Malheureusement la loi n'est pas rigoureusement appliquée et nous devons dire que les familles elles-mêmes et les médecins sont les complices des fraudes commises par les nourrices.

[1] Cf. plus haut, chapitre III, § 2.

[2] « Nous pouvons dire, en ce qui nous concerne, que, lorsque nous ne trouvons pas chez la mère des obstacles absolus à l'allaitement, nous l'engageons à donner le sein pendant les premiers jours, dans l'espoir qu'elle voudra peut-être continuer à le donner et persuadé que nous sommes que, alors même qu'elle n'y consentirait pas, la cessation de ce commencement d'allaitement n'a aucun inconvénient, lorsque l'on prend les précautions et qu'on emploie les moyens nécessaires. Cet allaitement momentané a même l'avantage, comme je l'ai vu chez certaines femmes, d'empêcher le développement d'affections post-puerpérales, qui s'étaient montrées dans des couches. » C. Devilliers. *apud Dictionnaire Jaccoud*, art. Nourrices.

Un préjugé dangereux veut qu'au bout d'un certain temps le lait de la nourrice qui a allaité déjà un premier enfant soit *rajeuni* (c'est l'expression consacrée) par un nouveau nourrisson. La vérité est qu'un tel lait, beaucoup moins riche, peut convenir à un nouveau-né, mais qu'il devient insuffisant, au fur et à mesure que le deuxième nourrisson vieillit.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des différentes conditions que chacun peut reconnaître chez une nourrice ; mais il est un examen plus attentif, nécessitant des connaissances toutes spéciales et qui doit être réservé au médecin.

Tout d'abord, peut-on se rendre compte de la qualité du lait d'une nourrice et de quels moyens dispose la science pour bien conclure ?

Toutes les méthodes proposées pour l'examen du lait, depuis le goûter jusqu'aux analyses rapides, à l'aide d'instruments spéciaux (appareil de Malassez, numération des globules, appareil d'Henocque, etc.), ne nous paraissent donner que des résultats approximatifs et nous avons dit déjà que le véritable *criterium* de la qualité du lait et de la nourrice c'est le nourrisson.

En revanche, l'examen médical consciencieux a une réelle importance et nous avons vu déjà combien il

fallait veiller aux diathèses (scrofule, tuberculose, syphilis) dont les nourrices peuvent être atteintes. Mais le médecin seul pourra donner son avis, en toute connaissance de cause et nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur un sujet qui relève de la pathologie et qui, à ce titre, ne peut trouver sa place dans notre livre. Nous ne pouvons clore ce paragraphe sans parler de ce préjugé qui veut que le changement de nourrice soit préjudiciable à l'enfant.

Nous croyons, quand la nourrice ne remplit pas toutes les conditions nécessaires de santé ou de dévouement, qu'il existe un intérêt immédiat à la changer. Il est même bon que la nourrice le sache, une fois pour toutes : ses services, pour si importants qu'ils peuvent être, ne sont pas absolument indispensables. Une autre nourrice peut, du jour au lendemain, se substituer à la nourrice congédiée et l'on ne doit, en aucune façon, être l'esclave de cette mercenaire. Aussi quand, sur nos conseils — dans la famille où une nourrice est appelée à donner des soins et son lait à un nouveau-né — la mère indique à la *nounou* ses devoirs et ses droits et ne se laisse pas, dès le premier jour, *dominer*, l'élevage de l'enfant se fait sans encombre. La nourrice demeure à sa place et, en laissant souffrir l'enfant, en geignant elle-même, en

simulant quelque indisposition subite entraînant une suppression passagère ou une diminution de la sécrétion laiteuse, ne tente pas d'apitoyer ses maîtres, vite inquiets, et ne profite pas d'une bonne occasion pour obtenir une augmentation ou des cadeaux.

La nourrice peut donc être changée, sans que cela porte préjudice à l'enfant. Toutefois, nous pensons qu'il est utile que le médecin soit consulté : c'est lui qui juge en dernier ressort.

§ 2. — Allaitement naturel par les femelles d'animaux

Une forme d'allaitement naturel, utilisée quelquefois avec succès, est l'allaitement direct de l'enfant par les femelles d'animaux. Le lait des cavales et des ânesses, dont nous avons donné l'analyse (p. 110) est celui qui, par ses qualités chimiques, se rapproche le plus de celui de la femme. Mais ce sont là des nourrices dangereuses, auxquelles il serait imprudent de confier un enfant. Aussi bien, en dehors de cet inconvénient grave et du prix élevé du lait de cavale ou d'ânesse, cette dernière, quand on la sépare de son petit, perd son lait au bout de quelques mois (six mois environ); c'est donc une nourrice insuffisante.

La chienne a été, à son tour, utilisée comme nour-

rice, mais les expériences sont peu nombreuses, en sorte qu'il est impossible de se prononcer sur cet allaitement.

La nourrice par excellence pour les enfants c'est la chèvre[1]. Constantin Paul et de nombreux médecins se sont faits les propagateurs de ce mode d'allaitement, qui conviendrait surtout aux enfants syphilitiques. On sait, en effet, que la chèvre s'est jusqu'ici montrée rebelle aux inoculations faites avec du virus syphilitique. Les chèvres sont des nourrices fréquemment employées, notamment en Auvergne, en Suisse, en Allemagne et l'on donne la préférence aux espèces sans cornes, dont le lait a moins d'odeur. La chèvre, petite de taille et dont le trayon s'adapte facilement à la bouche de l'enfant se montre, en outre, très attachée à son nourrisson, qu'on peut lui confier en toute assurance.

[1] Montaigne rapporte quelques exemples de l'affection des chèvres pour leur nourrisson. « Et ce que j'ay parlé des chèvres, c'est autant qu'il est ordinaire autour de chez moy de voir les femmes de village, lors qu'elles ne peuvent nourrir les enfants de leurs mamelles, appeller des chèvres à leurs secours ; et j'ay à cette heure deux laquays qui ne tettèrent jamais que huict jours laict de femme. Ces chèvres sont incontinant duites à venir allaiter ces petits enfans, reconnoissent leur voix quand ils crient et y accourent ; si on leur en présente un autre que leur nourrisson, elles le refusent, et l'enfant en faict de mesmes d'une autre chèvre. » Montaigne, liv. II, c. VIII.

D'après Coudereau, le lait de la chèvre ne pourrait pas être donné immédiatement à l'enfant. C'est à l'âge de deux mois que l'allaitement par la chèvre serait institué. Plus tard, on donnerait la préférence au lait de vache, quand l'estomac de l'enfant serait plus apte à le digérer.

Quoi qu'il en soit, même quand l'allaitement doit être confié à une chèvre nourrice, nous pensons que la mère doit elle-même commencer de nourrir, non seulement à cause de l'enfant, mais pour elle-même et pour les raisons que nous avons dites.

CHAPITRE VI

§ 1. – Hygiène de la femme qui allaite

En écrivant ce paragraphe important de notre livre, nous avons surtout en vue l'hygiène de la mère qui allaite elle-même son enfant et de la nourrice, dite sur lieu. Quant aux nourrices mercenaires de la campagne, il est certain qu'il est impossible d'exercer sur elles la moindre influence en ce qui concerne l'hygiène, même la plus élémentaire. Le mieux, en ce cas, est de choisir une femme aisée, jouissant chez elle d'un confortable relatif et qui ne sera pas obligée de se priver sur sa nourriture et sur son bien-être.

A la ville, le régime d'une femme qui allaite prend une importance exceptionnelle ; c'est que l'allaitement est une fatigue, une cause d'anémie et qu'en outre la qualité, la nature et la quantité des substances ingérées par la nourrice transmettent au lait des propriétés toutes particulières. L'alimentation de

la nourrice doit être l'objet d'une attention constante et sa vie tout entière doit se conformer aux prescriptions d'une hygiène rationnelle et rigoureuse.

S'il s'agit d'une nourrice sur lieu, il faudra considérer que cette femme, venue de la campagne, a besoin d'abord de s'acclimater ; elle a besoin aussi de s'habituer au nouveau régime qu'elle va suivre, à la nouvelle existence qu'elle va mener. Cet acclimatement, cette accoutumance doivent se faire doucement, sans brusque secousse et nous condamnons cette coutume qu'on a de gaver, pour ainsi dire, la nourrice dès le premier jour de son arrivée. Cette femme qui, chez elle, vivait surtout de légumes se trouve subitement à une table où la viande, les mets épicés, le vin, voire le café et les liqueurs sont à discrétion : elle en abusera certainement, même en restant sobre, et la sécrétion lactée s'en ressentira.

Nous pensons que le choix des aliments devient, peu à peu, moins nécessaire, mais, au début et sous peine de graves désordres, nous pensons que la nourrice sur lieu doit être, sinon rationnée, du moins bien réglée.

Pour en finir avec la nourrice mercenaire, nous ajouterons qu'avant de lui confier l'enfant il sera prudent de la faire baigner et de l'habituer, dès l'origine,

à procéder au lavage de ses seins. La durée du bain n'excédera pas vingt minutes afin de n'exercer aucune action sur la sécrétion laiteuse. La nourrice doit, en effet, être propre et tous les soins de toilette, y compris les injections, devront lui être recommandés.

Les mamelles de toute femme qui allaite doivent être l'objet de soins spéciaux et rigoureux.

Nous avons vu déjà que, pour prévenir l'engorgement des canaux galactophores, autant que pour faire profiter l'enfant des propriétés laxatives du colostrum, il était nécessaire de le mettre au sein, dans les heures qui suivent l'accouchement et que cette pratique exerçait sur la mère une influence également bonne, en aidant l'utérus à se rétracter.

L'hyperesthésie [1] du mamelon est efficacement combattue par des lotions d'eau froide, additionnée d'un peu d'alcool, qui pourront être pratiquées un ou deux mois avant l'accouchement.

Afin de préserver le mamelon des crevasses et des fissures, qui compromettent parfois l'allaitement maternel, il est utile de laver les seins, après chaque tétée, avec une solution chaude boriquée à 4 o/o. On sait, en effet, que les abcès du sein, consécutifs aux

[1] Terme de médecine. Sensibilité excessive et, par cela, douloureuse (LITTRÉ).

crevasses et aux fissures, sont le résultat d'une infection véritable et d'origine microbienne. La salive de l'enfant, le lait qui demeure sur le mamelon et qui fermente servent de véhicules aux éléments septiques et la fissure ou la crevasse est la porte d'entrée. Le froid, qui a été incriminé à tort, ne serait, à peine, qu'une cause occasionnelle : la cause efficiente c'est l'infection, la septicémie, le *microbe*.

On recommande de cautériser les fissures et les gerçures à l'aide d'une solution faible de nitrate d'argent. Immédiatement après, et pour préserver la petite plaie contre la salive septique de l'enfant, on pourra faire usage du collodion cocaïné [1] ou du collodion au salol [2]. On a employé également des compresses imbibées d'une solution de chloral [3]. Le glycérolé au tannin [4] est encore employé par quelques praticiens

1	Collodion	20 grammes.
	Éther	3 —
	Hydrochlorate de cocaïne.	0 gr. 20 centigrammes.
2	Salol	2 grammes.
	Éther	4 —
	Hydrochlorate de cocaïne.	0 gr. 15 centigrammes.
	Collodion	25 grammes.
3	Hydrate de chloral	1 gramme.
	Eau	100 —
4	Tannin	35 grammes.
	Glycérine	50 —
	Eau de roses	20 —

et donne aussi de bons résultats. Nous empruntons au *Formulaire mensuel de Thérapeutique* quelques formules que nous avons nous-mêmes employées avec succès. Le traitement des abcès du sein doit être confié au médecin et nous n'avons pas à nous en occuper ici. Nous avons dit comment il se produit et comment on peut l'éviter; là, doit se borner notre rôle.

La femme qui allaite ne doit pas rester confinée à la maison ; l'exercice lui est nécessaire, un exercice modéré, sans fatigue, mais quotidien. S'il s'agit d'une nourrice mercenaire, récemment venue de la campagne, la nécessité des promenades est encore plus impérieuse. L'oisiveté lui est également contraire et nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'elle vaque aux occupations accoutumées du ménage, pourvu qu'on ne lui réserve pas les travaux pénibles.

Toute nourrice doit dormir la nuit, au moins cinq et six heures. Le sommeil est nécessaire pour que son lait retrouve toutes ses qualités et sa quantité régulière : c'est ainsi que le lait du matin contient plus de principes gras que le lait du soir et le même fait a été observé chez les vaches laitières qui demeurent à l'étable.

Si donc l'enfant se réveille trop souvent la nuit, s'il est impossible — comme nous avons eu occasion de

l'observer quelquefois — de régler définitivement les tétées de la nuit, il vaudra mieux recourir à une autre nourrice, au besoin à l'allaitement mixte plutôt que d'épuiser la mère, sans aucun profit pour l'enfant.

Les rapports conjugaux ne paraissent pas exercer une grande influence sur la sécrétion lactée et nous pensons, avec Trousseau, qu'on ne doit pas les défendre, pourvu qu'ils soient très modérés.

Le régime alimentaire n'est pas indifférent et nous pensons, en dépit de l'opinion émise par quelques praticiens, que la femme qui nourrit ne peut pas impunément manger *de tout*, suivant ses goûts ou son caprice.

Aussi bien, ce que nous avons dit du passage de certains produits, médicamentaux ou alimentaires, dans le lait nous amène directement à la conclusion précédente.

La quantité de beurre du lait augmente avec une nourriture abondante, tandis que, d'après Becquerel, une alimentation insuffisante entraînerait la diminution du beurre et de la caséine.

D'après Germain Sée [1] : « Dans 800 grammes de lait que prend approximativement l'enfant de cinq mois, il se trouve :

[1] *Régime alimentaire*, p. 223.

« 1° 20 grammes d'albuminates, c'est-à-dire près du quart d'albuminates nécessaires (85 grammes) pour l'entretien de l'organisme chez une femme sédentaire ;

« 2° 31 grammes de graisse, ce qui équivaut au chiffre réglementaire ;

« 3° 40 grammes de sucre, au lieu de 300 grammes d'hydrates de carbone que la femme consomme dans l'état normal.

« Il ressort de là l'utilité d'une ration plus considérable ; on sait, en effet, que la femme qui nourrit est guidée instinctivement par un appétit plus marqué que dans l'état normal et même que pendant la grossesse. »

La quantité de lait augmenterait avec les boissons et c'est par l'eau contenue dans l'herbe fraîche qu'on explique la grande quantité de lait chez les animaux qui en sont nourris [1].

La graisse qui passait et qui passe encore, auprès de quelques personnes, comme un excellent aliment

[1] Beaucoup d'hygiénistes considèrent la bière comme favorisant la lactation. Elle est effectivement plus nourrissante que le cidre ou le vin, mais nous pensons, avec le professeur Germain Sée et bien d'autres, qu'elle n'a pas l'action galactogène qu'on veut, à tout prix, lui reconnaître. A proprement parler, il n'y a pas d'aliments galactologues.

Dans ces derniers temps cependant, on a vanté le galega légumineuse qui augmenterait la sécrétion lactée, sans amoindrir la richesse du lait.

galactogène, produirait un effet diamétralement opposé, en sorte qu'une alimentation composée de matières grasses d'origines animales ferait baisser non seulement la quantité du lait, mais encore la proportion du beurre.

Mais toutes ces expériences ne possèdent qu'une valeur toute relative et pour qu'un produit alimentaire ou médicamenteux puisse agir indirectement d'ailleurs sur la formation du lait, il faut qu'il passe d'abord dans le sang. La glande mammaire est à son tour influencée par le régime ; c'est elle qui fabrique le lait, à l'aide des éléments apportés par la circulation et c'est surtout de son état physiologique que va dépendre la qualité et la quantité du lait sécrété. Qu'elle soit malade, qu'elle ne se trouve pas dans les conditions normales, physiologiques, qui lui conviennent, et le régime alimentaire n'aura qu'une influence relative ou nulle sur la sécrétion.

Cependant, l'expérience a démontré que différents produits passent dans le lait et lui communiquent quelques-unes de leurs propriétés. Telle est la garance qui colore le lait en rouge, l'asperge, l'oignon, l'ail, la carotte [1], qui lui communiquent leur odeur. L'enfant peut être incommodé et il sera bon de tâter, à ce

[1] Duj.-Beaumetz, *loc. cit.*

point de vue, la susceptibilité de son odorat et de son goût. D'autres produits exercent une influence plus marquée ; ils purgent l'enfant (gratiole, euphorbe) [1], et nous avons rapporté précédemment un cas d'empoisonnement par du lait de chèvre [2].

Dresser une liste des aliments permis ou défendus à la nourrice nous paraît une chose impossible. Une surveillance attentive de l'enfant, l'examen régulier des selles, l'état de santé du nourrisson serviront de *critérium* de la bonne direction alimentaire de la nourrice. Peu à peu d'ailleurs, et comme nous l'avons déjà indiqué, on habituera la nourrice à prendre indifféremment tous les aliments habituels, sans excès, et l'on ne proscrira que ceux que l'expérience aura montrés contraires au bon état de l'enfant. Un exemple fera mieux comprendre notre pensée. Nous connaissons une dame qui, durant qu'elle allaitait son enfant, ne pouvait manger aucun poisson de mer, aucun aliment salé sans voir apparaître l'urticaire sur son nourrisson. Doit-on proscrire, après cette observation, le poisson, la charcuterie, les fromages de l'alimentation des nourrices? Nous ne pensons pas

[1] Voy. chap. III, § 2. Les nourrices qui absorbent de l'alcool fournissent un lait qui peut se charger de ce principe suffisamment our que l'on puisse constater son influence sur le nouveau-né.

qu'on puisse répondre par l'affirmative. Chez cette femme tous ces aliments furent défendus et l'enfant s'en trouva bien; chez d'autres nourrices une pareille prohibition eût été parfaitement inutile, voire ridicule. Il faut donc surtout tenir compte des tempéraments, ou, mieux, de véritables *idiosyncrasies* [1].

§ 2. — Maladies de l'allaitement

Nous avons cru devoir ajouter un paragraphe au chapitre de l'allaitement naturel, celui des maladies de l'allaitement. Nous ne reviendrons pas sur les fissures, crevasses, abcès des mamelles que nous avons eu déjà occasion d'étudier tout au long. Ce ne sont pas là, à proprement parler, de véritables maladies de l'allaitement, mais des phénomènes infectieux ordinaires dont l'allaitement n'est que la cause occasionnelle.

La *galactorrhée* ou *galactirrhée*, au contraire, qui est constituée par l'écoulement du lait hors des mamelles, est une maladie. Il existe une forme bénigne de cette affection et une forme grave, beaucoup plus rare, à

[1] Ce mot s'applique à une disposition individuelle de l'économie, à une manière particulière et en général insolite de percevoir certaines sensations internes et externes (*Dict. Jaccoud*).

laquelle on a donné également le nom de *diabète*[1] *laiteux* ou des mamelles.

Dans la forme bénigne, il existe une véritable hypersécrétion du lait, avec ou sans engorgement des glandes mammaires. Le lait s'échappe constamment, pendant les tétées et durant les intervalles. Quelquefois l'incontinence est fréquente, sans être continuelle ; elle se produit, par la mamelle restée libre, pendant que l'enfant est à l'autre sein ; elle se produit encore à la moindre émotion éprouvée par la mère ; parfois même il suffit de l'approche du nourrisson, de sa vue pour qu'elle se produise aussitôt. Si cet accident se passe rapidement, comme cela arrive le plus souvent, il n'occasionne qu'une fatigue passagère et quelques troubles insignifiants, en même temps qu'il modifie légèrement la composition et la quantité du lait sécrété. Mais, si, au lieu de se calmer, il semble prendre une intensité plus grande, si des troubles apparaissent dans la santé de la nourrice, tels que fatigue, courbature, douleurs d'estomac, dans le dos, amaigrissement, modifications importantes dans la qualité et la quantité du lait, il faut voir là autre chose qu'un simple

[1] On sait que le mot diabète vient du grec et signifie : *passage à travers*.

accident sans importance : c'est, en effet, d'une maladie, d'une maladie grave qu'il s'agit.

Toute femme, dont le lait s'écoule seul et sans cause apparente, avec ou sans engorgement des glandes mammaires, devra consulter immédiatement son médecin.

Le traitement de la galactorrhée varie suivant les formes de la maladie et l'état général des sujets. Si la maladie se déclare chez une femme vigoureuse, pléthorique, quelques purgatifs légers, quelques modifications apportées au régime suffiront à remettre les choses en ordre. Chez les femmes moins fortes ou nerveuses, en même temps que les calmants on retardera un peu les tétées et l'on administrera les toniques, le fer, le quinquina, l'arsenic même. Enfin, si les accidents persistent, si la femme s'anémie de plus en plus il faut avoir recours à des moyens plus énergiques et suspendre même l'allaitement, non pas subitement, mais peu à peu. Mais c'est là l'œuvre du médecin.

La folie puerpérale[1] comprend trois catégories :

1° Folies des femmes enceintes ;

2° Folie des nouvelles accouchées ;

[1] La loi de l'an III considère la femme enceinte comme ne jouissant pas de toute sa liberté morale (A. VOISIN).

3° Folie des nourrices.

Nous ne nous occuperons ici que de la troisième forme de la maladie, celle qui affecte les nourrices. A la vérité, la folie puerpérale reconnaît, le plus souvent, pour cause l'hérédité et cela dans les trois cas. La folie provoquée par l'allaitement est un véritable syndrome de l'anémie, au même titre que l'amaigrissement, la fièvre, le délire, au cours d'une lactation prolongée qui a fatigué la nourrice.

D'autres fois, au contraire, par suite d'une émotion violente, d'une brusque suspension de l'allaitement, la folie des nourrices est d'origine congestive.

Quoi qu'il en soit la folie des nourrices comporte le plus souvent un pronostic favorable.

Dans les cas de folie d'origine anémique, l'allaitement mixte, la cessation progressive de l'allaitement, le traitement de la cause auront rapidement raison de la maladie.

Dans la folie congestive, quelques révulsifs, des affusions froides, des bains et — dans le cas où la folie reconnaîtrait pour cause la suspension trop brusque de l'allaitement — la reprise de la lactation sont les indications les plus urgentes.

Cette dernière forme est de beaucoup la moins grave et la moins rebelle.

La manie, la mélancolie, les idées noires, les hallucinations, les tendances au suicide, au crime, à l'infanticide surtout sont la caractéristique de la folie puerpérale dans ses trois formes.

CHAPITRE VII

§ I. — Allaitement artificiel

Tolérer le biberon, c'est absoudre l'infanticide.
(Bouchaud).

L'allaitement artificiel consiste à remplacer le lait de la mère par du lait de femelles d'animaux, que l'on tâche de ramener, autant que possible, aux différentes qualités, physiques et chimiques, du lait maternel. Ce lait est donné à l'enfant par le moyen d'appareils spéciaux, biberons, cuiller, verre, petit pot.

S'il y a une question qui fut le plus discutée dans le public médical, c'est bien la question de l'allaitement artificiel ; encore n'est-elle pas complètement élucidée au moment même où nous écrivons. Tandis que bon nombre de médecins, et des plus autorisés, proscrivent absolument l'allaitement artificiel, quelques autres, voire des hygiénistes, ne sont pas loin d'admettre qu'il n'est pas aussi coupable que l'on

dit, surtout quand il est bien dirigé. Ces derniers avouent d'ailleurs, avec une entière bonne foi, que la mortalité des enfants de 0 à un an n'est guère que de 5 0/0 chez les enfants élevés au sein, tandis qu'elle atteint 60, même 75 0/0 chez les enfants élevés au biberon. Cette statistique instructive devrait, ce semble, faire rejeter tout mode d'allaitement autre que l'allaitement naturel, au moins durant les cinq ou six premiers mois : il n'en est rien et l'allaitement artificiel comptera toujours des défenseurs. C'est que l'on invoque des raisons particulières, toutes spéciales, raisons d'ordre économique, peut-être, mais qui ne sauraient servir d'arguments contre les adversaires de l'allaitement. « Enfin, écrit Dujardin-Beaumetz, n'y a-t-il pas des conditions sociales telles que le ménage pauvre ne puisse avoir recours non seulement à une nourrice sur lieu, mais même à une nourrice à la campagne ?

« Cela est malheureusement exact. Dans ces cas, convient-il de déclarer l'allaitement artificiel déplorable ? Faut-il se contenter de le condamner ? *Aucun homme sérieux* ne le pensera [1]. »

[1] Il est vrai qu'au courant du même ouvrage, mais à l'article *lait*, le même auteur — ou l'un de ses collaborateurs, mieux inspiré — s'élève avec force contre l'allaitement artificiel et, passant en

Conditions sociales, nécessités de misère, tels sont les motifs qui font hésiter bon nombre de personnes, au moment de condamner sans appel le mode le plus meurtrier d'allaitement. Au risque de ne pas être considérés comme des *hommes sérieux*, nous pensons que ces arguments sont déplorables et qu'il est étrange, dans l'état de civilisation où nous sommes, que la mort de 75 o/o des nouveau-nés, élevés au biberon, soit une fatalité inéluctable, une condition, une nécessité contre lesquelles législateurs et médecins sont impuissants à réagir.

Nous n'avons pas, dans un livre du genre dont est celui-ci, à refaire l'historique de la question, à discuter les causes multiples de mort qui accompagnent l'allaitement artificiel : il y a longtemps qu'au point de vue médical la cause de l'allaitement naturel est

revue quelques modes d'allaitement naturel par les femelles d'animaux, écrit cette phrase caractéristique : « Comment faut-il donner ce lait (lait d'ânesse) ? Tarnier le donne à la cuiller et au verre ; Parrot fait mettre l'enfant au pis de l'ânesse. Ce dernier mode ne peut guère être employé que dans les nourriceries ; c'est fâcheux, *car c'est le meilleur moyen de donner le lait aux enfants quand on ne peut les nourrir au sein de leur mère.* En agissant ainsi on leur donne un lait qu'on a pu appeler du faux nom de *vivant*, mais qui a néanmoins cet énorme avantage qu'il n'est pas altéré et qu'il est à une température convenable. *Dans les deux cas, l'usage du biberon est supprimé, ce nid à moisissure, j'allais dire pourriture ; c'est là l'important.* »

gagnée. Les statistiques viennent en confirmation des données de la science et il suffit, chaque semaine, de jeter un coup d'œil sur le bulletin de statistique municipale, pour se rendre compte que la gastro-entérite (athrepsie) des nouveau-nés fait surtout des victimes parmi les enfants élevés au biberon. Ceux qui survivent — ce qu'il serait important de vérifier, à l'aide des statistiques — sont marqués, à l'origine d'une tare ineffaçable et nous ne doutons pas, pour notre part, que l'allaitement artificiel puisse être incriminé dans bon nombre d'affections chroniques, dites congénitales et qui atteignent l'adolescent, au moment de la puberté et l'adulte. D'après Trousseau, la cause du *rachitisme*, la plus puissante et la mieux établie, serait l'alimentation vicieuse du premier né [1] et il s'élève contre ce préjugé vulgaire qui attribue faussement à l'allaitement prolongé, à l'alimentation lactée exclusive, le rachitisme et la scrofule des enfants.

Que penser, après cela, de cette sereine philosophie [2]

[1] TROUSSEAU, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 519.

[2] C'est ainsi que J. Arnould, dans son *Traité d'Hygiène*, écrit cette phrase étonnante sous sa plume, d'ordinaire bien mieux inspirée : « Après tout, avec la génération féminine qu'on nous a faite, le lait de femme est rare en France ; il faut bien admettre qu'on le remplace quelquefois, et il est heureux qu'on trouve un moyen de ne pas laisser cette suppléance devenir l'équivalence de la mort. »

avec laquelle certains médecins acceptent l'allaitement artificiel et de l'indifférence qu'ils témoignent quand on les consulte à ce sujet ? Que penser, en outre, de la réglementation officielle ou officieuse [1] de l'allaitement artificiel ? On vous prévient charitablement que ce mode d'élevage est dangereux, qu'il réussit très rarement, et l'on cite, au besoin, les chiffres désespérants de statistiques rigoureuses, mais on vous indique comment il doit s'effectuer, quelles précautions il faut prendre, grâce auxquelles le danger se trouve diminué, ne pouvant disparaître complètement, quoi qu'on ait dit à ce sujet.

L'allaitement artificiel — nous dit-on — est moins dangereux à la campagne qu'à la ville, confié à la mère qu'à une nourrice, à une femme intelligente et dévouée qu'à une brute sans souci et il vaut mieux — ce qui est un comble ! — que l'élevage à sec des nourrices au sein, c'est-à-dire qu'un assassinat [2] ! — C'est tout ce que trouvent à dire les défenseurs de l'allaitement artificiel et ils se croient quittes envers nous, envers les mères, envers la société tout entière.

[1] Voy. aux Annexes la note de l'*Académie de Médecine*.

[2] « Mais l'allaitement artificiel bien établi et scrupuleusement appliqué vaut infiniment mieux que les nourrices au sein qui élèvent leurs nourrissons, *à sec*, et les laissent mourir de misère et de malpropreté. » (J. Arnould, *loc. cit.*)

Combien Bouchut est mieux inspiré quand il écrit, en traitant l'allaitement artificiel: « Cette pratique est mauvaise et, malgré les exemples de succès qu'on pourrait citer, il faut dire que les enfants nourris ainsi sont plus difficiles à élever que les autres, qu'ils sont plus souvent malades et enfin qu'ils succombent pour la plupart aux suites de ce mode d'alimentation. » Cet éminent praticien, répondant ensuite à ceux qui considèrent l'allaitement artificiel comme beaucoup plus dangereux, dans les grandes agglomérations, conclut logiquement: « Si l'on accepte qu'à Paris ce mode d'alimentation réussit moins bien que les autres, c'est déclarer qu'il est nuisible; il faut donc le bannir sans réserve. » C'est la conclusion que nous adopterons, pour notre part. Oui, il faut bannir l'allaitement artificiel, le bannir complètement, et pour cela il est deux moyens: la transformation de nos mœurs, d'une part; la réorganisation de nos services d'assistance publique et privée, d'autre part. La femme qui nourrit est plus qu'une mère à nos yeux; elle remplit une fonction mixte et, à ce titre, elle a droit à toute la sollicitude de la société. Quant aux femmes qui ne peuvent pas nourrir, pour les causes que nous avons dites et qui ne dépendent pas seulement du caprice ou de la misère mais d'une

organisation physiologique défectueuse, l'allaitement — quand il est possible — par une nourrice mercenaire ou, à son défaut, l'allaitement naturel par une femelle d'animal remplaceront l'allaitement maternel et rendront des services que l'allaitement artificiel est incapable de rendre. C'est ainsi qu'au lieu d'organiser l'allaitement artificiel, de le réglementer, de le légitimer [1], en quelque sorte, on pourra le bannir rigoureusement et organiser, en revanche, l'allaitement par une nourrice mercenaire [2], bien surveillée et l'allaitement

[1] Voy. aux Annexes l'*Instruction de l'Académie de Médecine.*

[2] Dans un rapport remarquable présenté à la *Société de Médecine publique*, notre cher maître, le professeur Pinard, examinant la question des nourrices mercenaires, écrit : « On parle, sans cesse des nourrices, mais on oublie constamment leurs propres enfants. Sans cesse, la loi que nous devons à notre éminent et vénéré collègue, M. Théophile Roussel, cette loi tutélaire est violée; et ce n'est pas seulement par l'Assistance publique! Il est temps qu'une croisade soit commencée en faveur de la disparition de la nourrice mercenaire, cet être anormal, qui ne devrait exister qu'à titre d'exception. »

De fait, l'idéal serait atteint, le jour où toutes les mères consentiraient à allaiter elles-mêmes leurs enfants et nous nous sommes suffisamment expliqués sur ce point. Quand donc nous parlons d'organiser, de réglementer l'allaitement mercenaire, nous avons surtout en vue les nourrices mercenaires de la campagne, celles qui prennent des nourrissons au sein et qui confient leur enfant à une nourrice sèche, le plus souvent alliée à sa famille. Grâce à une sorte d'allaitement mixte, à l'aide d'une femelle quelconque d'animal, chèvre ou ânesse, la nourrice campagnarde ne pourrait-elle pas allaiter, *naturellement* et à la fois, son nourrisson et son propre enfant? Quant aux nourrices sur lieu, nous pensons, avec

naturel par les femelles d'animaux, comme Coudereau voulait que cela fût fait, dans son *Village-nourricerie*.

La vérité est qu'on n'a tenté aucun effort pour bannir l'allaitement artificiel. Dès l'origine, on l'a déclaré, sinon indispensable, du moins impossible à supprimer : on n'a pas cherché, il n'est pas étonnant qu'on n'ait rien trouvé. L'initiative individuelle, la charité privée auront-elles raison du mauvais vouloir, des préjugés de la misère auxquels elles se heurtent journellement ; le législateur peut-il et doit-il intervenir dans cette question que beaucoup considèrent comme d'ordre privé ; nous sommes bien embarrassés pour répondre. Nous indiquons, après tant d'autres — et des plus illustres — la voie que nous croyons bonne et trop insuffisamment explorée. L'allaitement naturel par les femelles d'animaux, incontestablement supérieur à l'allaitement artificiel, peut-il être organisé ? Quelles femelles seront utilisées de préférence ? Combien de temps après la naissance ce mode d'allai-

notre maître, qu'elles sont un scandale et qu'il est profondément injuste que la vie d'un enfant riche, quelquefois malingre et chétif, puisse être achetée au prix de celle d'un robuste et superbe enfant pauvre que l'allaitement artificiel pourra tuer.

Les nourrices mercenaires *sur lieu* ne disparaîtront, sans doute, jamais ; elles seront seulement l'exception. C'est, dans notre monde imparfait, le mieux qu'il nous faut poursuivre, poursuivre sans cesse ; mais nous devons renoncer à l'idéal, à la perfection, à l'absolu !

tement pourra-t-il être commencé et comment s'y prendra-t-on pour assurer l'allaitement maternel durant les deux premiers mois de la vie ? Autant de questions qui ne sont pas encore résolues, que nous ne pouvons qu'indiquer à cette place, mais qui doivent tenir éveillée l'attention de tous ceux qui s'intéressent à l'enfance et au repeuplement de notre pays.

§ 2. — Choix du lait

Pour demeurer logiques avec nous-même, nous devrions nous abstenir d'indiquer les différents modes de l'allaitement artificiel. Tout en demeurant persuadés que ce moyen d'élevage des enfants ne vaut rien, qu'il fait de nombreuses victimes partout où il est employé, nous dirons cependant comment il s'effectue ordinairement, c'est-à-dire comment il est le moins meurtrier. C'est qu'en effet, en l'absence de toute organisation définitive, en raison des circonstances que nous avons énumérées, en raison surtout des conditions sociales, contre lesquelles l'hygiéniste et le médecin sont impuissants à lutter, l'élevage au biberon, l'allaitement artificiel sous toutes ses formes resteront longtemps encore dans la pratique. D'autre part, l'allaitement artificiel, combiné avec l'allaitement naturel, doit être recommandé dans certains cas où la

mère est une nourrice insuffisante, où une maladie intercurrente diminue, sans la tarir complètement, la sécrétion laiteuse, etc. Nous reviendrons d'ailleurs sur l'allaitement mixte, qui a de réels avantages, quand il est bien dirigé. Enfin nous nous sommes suffisamment expliqués, au courant de ce petit livre, sur la nécessité de l'allaitement maternel ou, à son défaut, de l'allaitement naturel pour espérer que nos lectrices n'auront recours à l'allaitement artificiel que contraintes et forcées, quand une nécessité impérieuse, inéluctable ne leur permettra pas de choisir.

A quel lait doit-on donner la préférence ? Telle est la première question que nous devons nous poser.

Si nous nous reportons aux différentes analyses de lait que nous avons indiquées précédemment, nous verrons que le lait d'ânesse est celui qui se rapproche le plus du lait de femme. Voici d'ailleurs l'analyse comparative de ces deux laits :

LAIT DE FEMME (densité = 1 0315)		LAIT D'ANESSE (densité = 1 033)	
Résidu sec . . .	12 30	Résidu sec . . .	9 30
Caséine	1 90	Caséine	1 70
Beurre.	4 50	Beurre. . . .	1 55
Sucre	5 30	Sucre	5 80
Sels.	0 18	Sels.	0 50

Le lait d'ânesse jouit d'ailleurs d'une vieille réputation et l'histoire nous montre François Ier, épuisé de fatigues et de débauches, demandant à ce précieux aliment sur les conseils d'un juif de Constantinople la restauration d'une santé singulièrement délabrée. De nos jours, le lait d'ânesse a été préconisé dans la phtisie, la syphilis et l'on ne peut nier qu'il ait rendu de réels services dans l'athrepsie des nouveau-nés.

Le lait d'ânesse, grâce à sa facile digestibilité, est donc à la fois un remède et un aliment, surtout s'il est donné au verre ou à la cuiller, comme le veut le professeur Tarnier, non sans raison. Malheureusement le lait d'ânesse coûte très cher (4 ou 6 francs le litre) et encore ne s'en procure-t-on pas facilement, comme nous l'avons nous-même éprouvé en quelques circonstances. Dans des cas graves, où il s'agit d'un enfant débile, portant les traces d'une diathèse syphilitique ou tuberculeuse, le lait d'ânesse peut être prescrit pendant deux ou trois mois, c'est-à-dire jusqu'au moment où le lait de vache peut être administré avec moins d'inconvénient.

La cherté et la rareté du lait d'ânesse ont fait adopter la chèvre comme nourrice des enfants. Nous pensons que le lait de chèvre, trop riche en caséine, ne doit pas être administré de suite après la naissance et

nous croyons, avec Tarnier, qu'il ne réussit que lorsqu'il est donné à des enfants déjà âgés de quelques mois.

D'autre part, le changement complet d'existence de la chèvre domestiquée enlèverait à son lait une partie des qualités qu'on lui attribue ; enfin il manque durant quatre mois de l'année, ce qui n'est pas son moindre inconvénient. Quoi qu'il en soit, s'il est donné à un enfant robuste et déjà âgé de deux ou trois mois, le lait de chèvre peut trouver son utilité et nous connaissons plusieurs enfants qui se sont bien trouvés de son emploi.

Tous les motifs que nous venons d'exposer ont fait préférer le lait de vache à tous les autres laits. On se le procure facilement, à des prix raisonnables et il faut bien convenir que, lorsqu'il provient d'une vache saine et non suspecte, lorsqu'il est donné à l'aide d'instruments bien nettoyés et entretenus, lorsqu'il n'est pas trop âgé [1], lorsqu'il provient enfin de vaches, dont l'alimentation, *toute spéciale*, est bien dirigée, il est toujours d'un bon emploi.

Le lait doit-il se donner cru ? Doit-on, au contraire, le donner bouilli ?

[1] Ce qui est mieux établi, c'est qu'il est bon de ne pas utiliser un lait de vache qui a plus d'une année de lactation, parce qu'après ce laps de temps la stabulation produit assez souvent la phtisie.

La pratique qui consiste à donner le lait bouilli vient de la possibilité de transmission de la tuberculose par ce liquide. On a même, dans ces dernières années, fait usage d'un lait, dit stérilisé, c'est-à-dire qui, par la chaleur, a perdu tout danger de nocuité [1].

Il est certain que la transmission de la tuberculose par le lait ne fait de doute pour personne et que les vaches tuberculeuses sont nombreuses, surtout dans les grands centres, où une stabulation prolongée favorise cette affection ; mais, si l'on peut être sûr de la vache laitière, si elle ne peut être suspecte à aucun point de vue, nous pensons que le lait cru, ou *vivant*, comme on dit encore, est préférable au lait bouilli [2].

Est-il impossible d'établir une surveillance active et

[1] « Sous l'inspiration de Klebs, le sieur Bertting (de Berlin) a « inventé un procédé (*Milchkochapparat*) pour porter à une tem- « pérature de 120° le lait sans le brûler. La conservation de ce « lait est assurée pour plus de vingt-quatre heures, et, selon Albu, « la caséine y a éprouvé une modification qui rend le lait plus « facile à digérer pour l'enfant. C'est à l'expérience à prononcer. » (J. Arnould.)

Depuis cette époque (1880) d'autres procédés industriels ont été préconisés et quelques médecins se sont faits les propagateurs de cette doctrine scientifique.

[2] Il n'y a pas de danger à prendre le lait cru, s'il vient d'une vache saine, que l'on connaisse ; mais si, comme cela arrive dans les grandes villes, on consomme du lait qui vient de n'importe quel animal, sain ou tuberculeux, il est évident que l'on court des risques de s'inoculer des germes de tuberculose (M. Bouchut).

efficace des laiteries et des étables ? C'est un point que nous n'avons pas à examiner ; mais, dans les grands centres, on pourrait peut-être exiger que les vaches laitières fussent soumises à un examen souvent répété. Aussi bien, nous ne sommes pas absolument persuadés que la précaution de faire bouillir le lait soit aussi efficace que le pensent bien des personnes et nous croyons qu'un lait, seulement bouilli, peut encore servir de véhicule à bien des éléments, à bien des germes pathogènes. Quant au lait stérilisé, qui paraît avoir rendu des services dans l'entérite des nouveau-nés, l'expérience n'est pas suffisamment concluante pour qu'on puisse se prononcer d'une manière absolue sur la nécessité de son emploi[1].

Jusqu'à plus ample informé, nous prescrirons donc l'emploi du lait cru, *tout en conseillant de s'assurer exactement de son origine.*

Un préjugé très répandu veut que le lait donné à l'enfant provienne toujours de la même vache, transformée ainsi en nourrice. Ce n'est ici qu'un préjugé ;

[1] L'usage que nous avons fait personnellement de lait stérilisé nous a donné jusqu'à présent des résultats incomplets. Le lait bouilli est, le plus généralement, mal digéré par les enfants. Nous souhaitons vivement que l'administration supérieure s'occupe de la question des vacheries et, au besoin, organise des établissements modèles, où les vaches seront alimentées convenablement et surveillées.

l'important est que le lait provienne d'une ou de plusieurs vaches parfaitement saines, bien nourries, ne passant pas toute leur existence à l'étable, fournissant du lait du même âge, ou à peu près.

Devons-nous parler de la nécessité d'avoir du lait fraîchement sorti du pis de la vache ? A Paris même, il existe un assez grand nombre de vacheries pour qu'il soit inutile de faire la provision de lait, le matin, pour toute la journée. Si l'on est près d'une étable, il sera bon d'aller chercher le lait au moment de la traite, c'est-à-dire deux fois par jour.

Quelques auteurs conseillent, en outre, de répartir la provision de lait dans un certain nombre de bouteilles (une dizaine environ), toutes préalablement lavées à l'eau bouillante, et bouchées à l'aide d'un morceau d'ouate. Chaque bouteille contiendra la quantité de lait nécessaire à un repas de l'enfant. C'est là, effectivement, une pratique excellente, quoiqu'elle exige un certain temps et une ponctualité souvent incompatible avec les nécessités multiples de notre existence.

Une autre question très controversée est celle du coupage du lait. Les auteurs ne sont pas d'accord et, tandis que certains d'entre eux préconisent un mouillage excessif (1/5 de lait 4/5 d'eau pendant le premier

mois, quand il s'agit du lait de vache), d'autres défendent expressément tout coupage et montrent des analyses convaincantes. A l'article *Lait* du *Dictionnaire de Thérapeutique*, on lit : « *Faut-il donner le lait de vache pur ou coupé?* Les avis sont partagés à ce sujet. Perron (de Besançon) préconise le lait pur; Auner (de Brest), le lait coupé (les deux mémoires ont été couronnés par l'Académie de médecine). Toutefois, en se rapportant à la composition du lait de vache et en considérant qu'il faut essayer de le rapprocher le plus possible, comme composition, de celui de la femme, il est indiqué de ne donner, dès les premiers temps de l'allaitement artificiel, que du lait coupé, si l'on veut qu'il soit bien digéré et qu'il n'expose pas à un de ces caillots de caséine qui remplit l'estomac et fait périr l'enfant, comme Tarnier en a rapporté un remarquable exemple. »

Dans un autre article (*Allaitement*) du même *Dictionnaire*, nous lisons, au contraire, qu' « une des pratiques les plus funestes de l'allaitement artificiel est certainement le coupage du lait ».

Dans notre pratique ordinaire nous conseillons toujours de couper le lait, au moins jusqu'à quatre mois et demi ou mieux, cinq mois. Dans les premiers temps, le lait de vache est coupé avec deux tiers d'eau et un

tiers de lait et légèrement sucré. Au bout d'un mois, le coupage est seulement fait par parties égales. Ce n'est qu'à l'âge de cinq mois que l'enfant est alimenté avec du lait pur.

Est-il besoin d'ajouter que ces règles ne sont pas absolues et que l'alimentation de l'enfant peut être modifiée, suivant son tempérament, suivant la nature même du lait, suivant les conditions de toutes sortes que le médecin seul peut apprécier et qui doivent régler sa conduite.

Ce que nous croyons devoir affirmer c'est que, durant le premier mois de la vie, l'enfant ne doit être nourri qu'avec du lait coupé, au moins par moitié : le lait de vache, donné pur, est le plus généralement une alimentation trop substantielle pour l'estomac si fragile du nouveau-né et l'on sait du reste que la suralimentation offre parfois de réels dangers.

Le coupage du lait doit être fait avec de l'eau *pure, bien filtrée,* bouillie même, s'il s'agit d'une eau de rivière et suspecte. On ne devra jamais faire usage de l'eau panée, dont le moins grave inconvénient est d'être parfaitement inutile. Il en est de même de l'eau d'orge, de riz, etc., qui ne servent pas davantage.

Nous n'aborderons pas ici l'étude des différents succédanés du lait : leur nombre est d'ailleurs très élevé

puisque, au Congrès d'Hygiène de 1878, le D[r] Hoffmann (de Leipzig) en comptait déjà quarante-cinq et qu'on en découvre tous les jours.

Laits concentrés, farines lactées, lait Liebig, laits artificiels de toutes sortes et de toute nature sont autant de drogues malsaines qu'une honteuse réclame a vulgarisées et dont l'expérience a coûté la vie à des milliers de nouveau-nés.

L'allaitement artificiel cause déjà, par lui-même, assez de ravages ; si l'on se met à substituer au lait un aliment mal composé, mal défini, il devient, cette fois, un assassinat.

CHAPITRE VIII

DU SEVRAGE

Sevrer un enfant c'est substituer au lait une alimentation, sinon plus complète, du moins plus substantielle.

Le sevrage ne peut s'effectuer que dans certaines conditions et à des époques déterminées qu'il est cependant très difficile de fixer définitivement. Le médecin peut, en effet, pour des motifs particuliers, relatifs à l'enfant ou à la mère, retarder le moment du sevrage. Lui seul le fera à bon escient, car, si l'alimentation prématurée cause, chaque jour, la mort de nombreux enfants, un allaitement prolongé amène, la plupart du temps, un état d'anémie ou de lymphatisme, qui peut avoir les plus funestes conséquences.

L'état de santé de la mère, les qualités diminuées de son lait, une grossesse commençante peuvent être des causes qui hâteront le sevrage, pourvu toutefois

que l'enfant se trouve suffisamment fort et capable de supporter cette importante modification de son régime alimentaire. Dans le cas où l'enfant est faible ou malade l'allaitement artificiel ou mercenaire serait substitué à l'allaitement par la mère et l'on attendrait le moment *physiologique* d'un sevrage régulier.

En réalité, la véritable, l'unique indication du sevrage, c'est, à un moment donné, l'insuffisance d'une alimentation lactée exclusive pour un enfant vigoureux, qui dépense beaucoup et dont l'activité vitale se manifeste avec une intensité parfois inquiétante. C'est alors que l'enfant lui-même commence à témoigner du goût pour d'autres aliments que le lait, que même il n'accepte plus qu'avec répugnance.

Cette transformation s'accomplit vers le septième ou le huitième mois, pour augmenter les mois suivants, c'est-à-dire à l'époque où les premières dents apparaissent, où les fonctions digestives s'accomplissent plus énergiquement, où la salive et les sécrétions intestinales présentent des qualités dissolvantes beaucoup plus puissantes. Mais ce changement ne s'effectue pas invariablement au même moment. Il aura lieu plus tôt ou plus tard, selon les enfants, selon l'état et la date de la dentition, selon les saisons et les latitudes.

Dans les pays chauds, où les affections gastro-intestinales sont si redoutables, il est nécessaire de prolonger l'allaitement et il n'est pas rare, dans le Midi, de voir des enfants de vingt et vingt-deux mois qui n'ont pas eu encore d'autre nourriture que le lait de la mère ou de la nourrice. Dans le Nord, au contraire, le sevrage des enfants s'effectue beaucoup plus tôt ; la nécessité de nourrir l'enfant s'impose de meilleure heure et l'alimentation prématurée offre moins de dangers dans les climats froids.

Précoce ou tardif, le sevrage ne devra jamais être tenté avant le septième mois et seulement dans des conditions spéciales que le médecin seul peut apprécier. Jusque-là le lait doit être la nourriture exclusive de l'enfant, sans addition de farines, pâtes, pain et autres ingrédients que les mères ou les nourrices imprévoyantes tiennent à faire entrer dans l'alimentation de leurs nouveau-nés. On attend, en général, pour commencer un sevrage régulier, que la dentition de l'enfant ait atteint un certain degré de développement. Les anciens attendaient que la dentition fût achevée et prolongeaient l'allaitement des enfants jusqu'à la fin de la deuxième année. De nos jours, on est moins rigoureux, et l'on a raison contre la logique des anciens qui pensaient, en prolongeant ainsi l'allaite-

ment, suivre les indications formelles de la Nature. A la vérité, s'il faut attendre, pour sevrer l'enfant, que les premières dents aient fait leur apparition, ce n'est pas que l'on compte sur la nécessité de la mastication, puisque l'alimentation, durant le sevrage, ne comprendra que des bouillons, des potages et quelques œufs frais, mais en même temps que les dents apparaissent, toutes les fonctions digestives s'élèvent et sollicitent un nouveau régime.

« Pendant que ces changements s'accomplissent, écrit Béclard, les autres parties du tube digestif se modifient aussi. L'estomac se rapproche de l'horizontale et acquiert une plus grande capacité, ainsi que le gros intestin. Le foie et le rein croissent moins que le corps et paraissent diminuer de volume. La vessie descend dans le bassin, par suite du développement des os coxaux. L'urine, d'abord excrétée dix ou douze fois par jour, le devient de moins en moins avec le progrès de l'âge. Il est remarquable qu'elle ne renferme pas d'urée chez les enfants à la mamelle. »

On voit donc que le phénomène de la dentition marque une modification importante de tout l'organisme. Dans l'ordre chimique, les fonctions de l'estomac et de l'intestin se régularisent, deviennent plus actives et appellent un changement de régime pour le nouveau-né.

Il est d'usage aujourd'hui d'attendre, pour sevrer l'enfant, qu'il ait, au moins, ses dix premières dents, c'est-à-dire vers le seizième mois. A ce moment, en effet, le phénomène de la dentition se ralentit. Pendant quatre mois, il y aura un intervalle de repos, pendant lequel le médecin n'aura pas à redouter ces longues crises qui accompagnent, le plus souvent, l'éruption des dents.

C'est ce moment favorable qu'il faut choisir pour le sevrage, à moins d'une indication contraire fournie par l'état de santé de l'enfant.

Une fois l'époque du sevrage déterminée, il faut savoir comment opérer cette transformation. Les modes et les moyens de sevrage sont variés, et il importe de bien choisir.

Certains médecins exigent que le sevrage s'effectue brusquement d'un seul coup. L'enfant est soustrait subitement à l'allaitement maternel et soumis à un régime alimentaire déterminé. Cette méthode, qui a ses défenseurs, ne saurait devenir la nôtre. En dépit des précautions dont prétendent s'entourer les partisans du sevrage brusque, en dépit des ressources qui leur sont offertes par une thérapeutique habilement dirigée, nous pensons que la femme qui cesse brusquement d'allaiter son enfant est exposée à des

troubles de toutes sortes, engorgements, abcès, dérivation du côté des organes ou des téguments, tous accidents plus ou moins graves.

Du côté de la mère, le sevrage brusque reçoit une formelle contre-indication : est-il, au moins, plus favorable à l'enfant ?

Si l'on considère un instant que le moindre changement de régime entraîne parfois, chez l'adulte, de graves conséquences, on comprendra parfaitement qu'un pareil changement ne doit s'opérer, chez l'enfant, que lentement, à la longue, non sans préparation et brusquement. L'estomac de l'enfant s'habitue à la nourriture légère, facilement assimilable que lui offre le sein de sa mère ou d'une bonne nourrice, et ce n'est que peu à peu, en prenant des précautions infinies, qu'on pourra lui faire accepter autre chose, un aliment plus substantiel que le lait, mais aussi beaucoup plus difficile à digérer et à assimiler. Les accidents qui surgissent du côté de l'intestin, au moment du sevrage, montrent suffisamment qu'il n'est pas sans danger de supprimer ainsi brusquement l'allaitement, et que la mort, à brève échéance, peut être la conséquence de cette méthode défectueuse de sevrage.

La plupart des auteurs ont donc adopté le sevrage progressif, préparé longtemps à l'avance. En général,

à partir du huitième mois, pourvu que l'enfant soit bien portant, surtout si le lait paraît venir insuffisamment, on adjoint à cette alimentation de légers potages au lait, qui sont toujours très bien supportés. Il demeure entendu qu'au moindre symptôme on reprend l'allaitement exclusif et l'on attend pour tenter de nouveaux essais que l'enfant se trouve rétabli.

Ce régime est continué durant les trois ou quatre mois qui suivent. Peu à peu on a augmenté le nombre des potages, diminué celui des tétées, en sorte que l'estomac de l'enfant est mieux préparé pour recevoir une nourriture étrangère plus solide.

Les potages au lait servent de véhicule aux premiers aliments solides que l'enfant reçoit. Les féculents légers, tels que le tapioca, l'arrow-root[1], le sagou[2], etc., sont les substances les plus employées, et ce n'est

[1] Le nom d'arrow-root signifie « racine aux flèches »; il a été donné à une plante de la famille des *Amomacées*, le *Maranta arundinacea* L., très riche en fécule et qui passait pour conjurer l'empoisonnement produit par les blessures des flèches indiennes. L'arrow-root est une fécule facile à digérer et qui convient aux convalescents et aux enfants en bas âge.

[2] Le *sagou* est une fécule provenant de différentes espèces de palmiers. Il est apporté des îles Molusques, des îles Philippines, de la Nouvelle-Guinée, de l'Inde, des îles Maldives. D'après Guibourt, le *sagou-tapioka* aurait subi l'action du feu, à l'état de pâte humide : de là, l'explication facile de toutes ses propriétés. (Guibourt, T. II, p. 141.)

qu'au bout d'un mois ou deux d'un tel régime que l'on peut substituer le bouillon au lait, ajouter des œufs et du jus de viande. Quant aux légumes, aux fruits, aux pommes de terre, dont on *bourre* littéralement les enfants, surtout à la campagne, leur emploi doit être rigoureusement proscrit. La viande est réservée jusqu'au jour où l'enfant a ses seize premières dents.

La boisson de l'enfant sera composée d'eau rougie. Le vin rend des services aux enfants lymphatiques, mais son emploi doit être surveillé ainsi que celui de toutes boissons alcooliques.

L'alcool, que la thérapeutique contemporaine a fait entrer dans la médecine de l'enfance, est seulement un médicament : il ne saurait devenir un aliment.

Telle est, dans son ensemble, la meilleure méthode de sevrage. Devons-nous ajouter qu'à cette époque de sa vie l'enfant doit être l'objet d'une attention rigoureuse et de soins spéciaux. Si le moindre symptôme de maladie apparaît, si l'enfant maigrit, si des troubles surgissent du côté de l'intestin ou de l'estomac, s'il y a de la diarrhée ou des vomissements, il faut immédiatement suspendre le sevrage et remettre l'enfant à la mamelle.

Nous n'avons pas parlé, et pour cause, de toutes ces

préparations que le commerce livre au public et qu'une honteuse réclame vulgarise. Farines de toutes sortes, poudres de tous genres, lait artificiel sont autant de poisons qui auront, sur l'organisme de l'enfant, les plus fâcheuses conséquences.

L'aliment de l'enfant c'est le lait, le lait maternel, ou, à son défaut, celui d'une bonne nourrice. Quant au sevrage, nous avons vu quand et comment il doit s'effectuer.

CHAPITRE IX

DENTITION. — MALADIES DE LA DENTITION

§ 1. — Des dents de lait

Il existe chez l'homme deux dentitions : l'une, temporaire, dentition de lait ; la seconde, permanente. La première dentition comprend vingt dents, comme l'indique la formule suivante, dite encore formule dentaire :

$$\text{Inc.}\ \frac{2-2}{2-2}\ \text{C.}\ \frac{1-1}{1-1}\ \text{Prem.}\ \frac{1-1}{1-1}\ \text{M.}\ \frac{1-1}{1-1} = 20$$

Les numérateurs représentent les dents de la mâchoire supérieure et les dénominateurs les dents de la mâchoire inférieure.

Les premiers germes des dents font leur apparition vers la sixième semaine de la vie intra-utérine. A ce moment, le bord libre des maxillaires est creusé d'une gouttière où les germes peuvent se développer ; ce n'est que du deuxième au quatrième mois de la vie fœtale que l'ossification des dents s'effectue. Mais la dent

n'est constituée que beaucoup plus tard, après la naissance, au moment où le cément apparaît, quelque temps seulement avant l'éruption.

Alors les racines se développent et poussent la dent contre la paroi supérieure du sac dentaire, qui est bientôt perforé, ainsi que la gencive dont l'aspect a changé depuis quelques jours. La gencive, jusque-là dure, blanchâtre, est en effet devenue rouge, s'est tuméfiée, attendrie et la moindre pression sur elle éveille les plus vives douleurs.

L'éruption des dents de lait se fait à partir du sixième mois, mais ce n'est là qu'une moyenne variable, puisqu'on cite le cas de nouveau-nés ayant une ou plusieurs dents au moment de la naissance et, d'autre part, des enfants de quinze à dix-huit mois et plus qui n'ont pas encore une seule dent. Quoi qu'il en soit, voici les moyennes le plus généralement adoptées : incisives moyennes inférieures, six à huit mois ; incisives moyennes supérieures, un peu plus tard ; incisives latérales inférieures, sept à neuf mois ; incisives latérales supérieures, un peu plus tard ; premières molaires, un an ; canines, quinze à vingt mois ; deuxièmes molaires, deux à quatre ans [1].

[1] SARRAZIN, *apud* JACCOUD, art. Dentition.

§ 2. — Accidents de la dentition

L'éruption des dents est, parfois, accompagnée d'accidents particuliers, plus ou moins graves, et qui peuvent être divisés en accidents locaux et en accidents généraux.

L'inflammation qui accompagne nécessairement l'évolution de la dent, à travers le sac dentaire et la gencive, peut être assez vive pour gagner les parties avoisinantes. Dans ce cas, la muqueuse buccale tout entière est rouge, en même temps qu'elle devient le siège d'éruptions, d'aphthes, quelquefois même de véritables ulcérations, surtout chez les enfants élevés au biberon, c'est-à-dire facilement victimes d'accidents septiques de toutes sortes. La fièvre est assez intense; l'appétit, le sommeil sont troublés et des troubles gastro-intestinaux apparaissent qui peuvent compromettre, à un moment donné, la vie de l'enfant.

D'autres fois, l'éruption dentaire détermine un véritable phlegmon du bourrelet gingival, phlegmon suivi de périostite, d'abcès, d'ulcérations et d'accidents gangréneux.

Le traitement des accidents locaux de la dentition dépend évidemment de la nature même de ces acci-

dents. Quand la gencive est dure, résistante et que l'évolution de la dent est très douloureuse, on pourra, au lieu des hochets en os, en ivoire ou en argent, qui par leur contact contribuent encore à augmenter la dureté de la gencive, donner aux enfants un morceau de racine de guimauve, qu'on aura soin de renouveler aussi souvent qu'il le faudra. Si les douleurs sont très vives, si le sommeil est troublé, le médecin prescrira, avec avantage, une potion contenant du bromure de potassium.

L'incision des gencives, peu pratiquée en France, peut rendre néanmoins quelques services, mais cette petite opération n'est pas sans danger, puisque l'hémorrhagie qui lui succède, entretenue par la succion de l'enfant,a pu déterminer la mort [1] dans quelques cas.

D'aprè Bouchut, les accidents généraux de la dentition sont les suivants : l'assoupissement. les convulsions, la pseudo-méningite, l'épilepsie, les feux de dents, certaines conjonctivites, la diarrhée, l'anémie et quelquefois la bronchite.

A la vérité, il ne faudrait pas attribuer à la dentition toutes les maladies qui peuvent se manifester durant le cours de son évolution. L'état fébrile, dans

[1] Cas du Dr Nicol (cité par Bouchut).

lequel se trouvent les enfants à ce moment pénible de leur existence, l'anémie qui en résulte, les quelques manifestations gastro-intestinales qui se produisent, créent, sans doute, une réceptivité plus grande pour toutes les maladies, mais la dentition ne peut pas être directement incriminée. Tout être qui souffre s'affaiblit plus ou moins et cet affaiblissement établit une prédisposition mais n'engendre pas une maladie.

Cependant les convulsions, celles qui sont désignées sous le nom de convulsions sympathiques, paraissent directement causées par la dentition. Elles ne sont accompagnées d'aucune lésion cérébrale et, quand la mort survient — ce qui, malheureusement, n'est pas rare — on ne trouve, à l'autopsie, aucune altération des organes intra-crâniens.

Les convulsions de la dentition débutent quelquefois brusquement, sans prodromes, sans même que rien, du côté de la gencive, fasse prévoir l'issue prochaine de la dent. Le plus souvent, cependant, la gencive est le siège des accidents locaux que nous avons décrits précédemment. L'accès peut être unique ; tantôt, au contraire, les accès se succèdent rapidement, avec de courts intervalles. Quand la mort survient, après un accès unique ou bien après une série d'accès, elle se

produit soit par syncope, par asphyxie ou par congestion cérébrale.

Le traitement des convulsions dues à la dentition consiste surtout dans l'administration du bromure de potassium et du chloral. Les sangsues, la glace sur la tête trouveront leur emploi contre la congestion cérébrale. Enfin le débridement de la gencive doit être tenté.

Les éruptions cutanées, qui se manifestent au moment de la dentition, sont si peu graves qu'elles ne méritent guère, dans la plupart des cas, d'attirer l'attention du médecin. Elles cèdent d'ailleurs très facilement aux moyens thérapeutiques employés contre les éruptions ordinaires, se produisant en dehors de la dentition. Il en est de même des autres affections que nous avons signalées et qui accompagnent ou suivent l'évolution dentaire. Leur traitement ne diffère pas du traitement qu'on leur appliquerait à tout autre moment de l'existence de l'enfant.

LIVRE TROISIÈME

QUELQUES

MALADIES SPÉCIALES

AU

NOUVEAU-NÉ

CHAPITRE PREMIER

§ 1. — Examen des nouveau-nés

En traitant ce chapitre intéressant des maladies du nouveau-né, nous n'avons pas l'intention, on le conçoit, de donner une monographie complète de ces différentes affections. Encore moins songeons-nous à suppléer le médecin, comme prétendent le faire ces faiseurs de manuels qui, sous les titres de médecine journalière usuelle ou pratique, dissimulent une des formes multiples — la pire de toutes — de la publicité et de la réclame commerciales. La mère n'est pas un médecin et rien n'est dangereux comme de lui faire croire qu'elle peut le devenir incontinent parla simple lecture d'un manuel, fût-il parfait. La clinique, en effet, ne s'apprend pas dans les livres mais à l'hôpital, au chevet du malade, et c'est ainsi que le meilleur médecin est celui qui a passé le plus de temps à l'hôpital, qui a vu le plus de malades, qui les a surtout le mieux observés. L'observation qui joue en médecine

un rôle aussi important que l'expérimentation en physiologie est facilitée par de solides études antérieures et complétée par une interprétation rigoureusement scientifique ; elle n'appartient pas à tout le monde.

Il est cependant une observation facile à faire, celle qui permet de distinguer l'état de santé de l'état de maladie, celle qui résulte d'un examen attentif et raisonné de l'enfant par leur mère dévouée et qui n'a besoin que d'une somme de connaissances relativement peu nombreuses et de beaucoup d'attention. D'attention, les mères n'en manquent point ; quant au savoir, celui que nous pensons leur être indispensable, il leur est facile de l'acquérir. C'est précisément dans le but de les instruire que nous avons écrit ce livre que nous avons essayé de faire ni trop savant, ni banal.

Les mères devront savoir examiner leur nouveau-né et, du premier coup d'œil — non plus par un instinct maternel qui peut les tromper, mais scientifiquement — distinguer l'état physiologique de l'état morbide et localiser déjà la maladie, premier et indispensable élément de diagnostic.

Tous les jours, au moment du change ou du bain, la mère examinera son enfant.

Nous avons dit déjà quelles précieuses indications peut fournir *la balance* qui, seule, dans les premières semaines de la vie, renseignera exactement sur l'état du nouveau-né, et la jeune mère et le médecin.

Les selles du nouveau-né doivent être jaunes comme de l'œuf. Les premiers jours les selles seront verdâtres, encore teintées par le méconium.

A la moindre irritation les selles changeront d'aspect et de couleur : de jaunes elles deviendront jaune verdâtre, mélangées de grains blancs qui ne seront autre chose que de la caséine non digérée. Dès ce moment, il y aura lieu de se préoccuper de l'alimentation, de la qualité du lait, de l'état de la nourrice et l'on ne devra pas attendre que les selles deviennent absolument vertes pour intervenir. D'autres fois les selles contiendront des matières glaireuses, filantes comme du blanc d'œuf et l'on y rencontrera même du pus et des stries de sang.

Il sera utile également d'examiner les excréments de l'enfant, au point de vue des parasites qu'ils pourront contenir et dont la présence dans l'intestin peut déterminer des accidents graves.

Le nouveau-né urine beaucoup, *quatre fois plus qu'un adulte par kilogramme de son poids*, écrit Bouchut.

On conçoit que la mère ne puisse faire elle-même l'examen de l'urine de son nouveau-né, mais elle s'apercevra facilement de la quantité émise dans la journée. Dans toutes les maladies fébriles, la quantité d'urine diminue et c'est là un signe important qui n'échappera pas à l'attention de la jeune mère ou de la nourrice.

L'urine de l'enfant tache quelquefois le linge, forme un dépôt. Si l'on ne peut expliquer la cause de cette modification par l'administration d'un médicament, il sera bon de prévenir le médecin et d'appeler son attention sur ce détail.

L'examen de la physionomie des nouveau-nés a son importance ; mais il est impossible à la jeune mère de faire cet examen bien sérieusement. Sans doute chaque maladie doit imprimer, en quelque sorte, son cachet particulier sur la physionomie des petits malades et l'exemple des anciens médecins nous démontre suffisamment qu'on peut établir déjà un diagnostic à l'aide des signes fournis par la simple inspection du faciès, mais seuls les hommes de l'art comprennent ce langage naturel et l'interprètent comme il convient.

La mère verra seulement que son enfant n'est plus *le même :* il sera plus rouge ou plus pâle ; ses traits seront tirés, ses yeux cernés, l'expression du visage

sera changée et si la mère ne peut établir, à l'aide de ces signes, un diagnostic différenciel, elle saura, du moins, qu'il *y a quelque chose* et le médecin sera consulté.

Dans son magnifique *Traité des Maladies des nouveau-nés*, Bouchut a étudié tout spécialement la question de la physionomie chez les nouveau-nés.

Le cri est, chez les jeunes enfants, un des moyens d'expression le plus énergique. Avec un peu d'habitude la mère saura distinguer entre le cri physiologique, exprimant un désir, la colère ou la joie et le cri pathologique, manifestation évidente de la douleur. La nature du cri varie suivant les maladies et le praticien le moins expérimenté distingue facilement, par exemple, le cri qui accompagne la méningite, le cri cérébral et le cri arraché à l'enfant au cours d'une affection des voies respiratoires. Le cri peut être modifié dans son intensité, dans son timbre, dans sa durée ; il est éclatant et sonore (coqueluche) ; il est rauque, il est étouffé, il est voilé, il est transformé en un gémissement faible, prolongé et ces différents caractères sont autant de signes importants qu'il est utile de connaître et de distinguer.

Les modifications apportées dans la respiration par la maladie ne doivent pas davantage échapper à l'at-

tention de la jeune mère; mais ici nous rentrons plus spécialement dans le domaine de la clinique. Ce qu'il faut savoir cependant, c'est que la respiration des nouveau-nés n'est pas semblable à celle de l'adulte. La respiration de l'enfant à la mamelle n'est jamais régulière, si ce n'est pendant le sommeil. A l'état de veille l'enfant respire mal, incomplètement, par intermittences et il ne faudrait pas confondre cet état normal avec un état pathologique quelconque. Il en est d'ailleurs de même chez le vieillard, dont la vie a tant de ressemblance avec celle des nouveau-nés, fragile comme elle, prête toujours à disparaître à la moindre émotion, au moindre trouble. Tomber en enfance n'est pas seulement une image, c'est bien une réalité : le commencement et la fin de la vie se ressemblent ; le vieillard et l'enfant ont ensemble bien plus d'un point de contact.

Quoi qu'il en soit, l'examen de la respiration chez l'enfant ne doit pas être négligé et c'est pendant le sommeil surtout que la jeune mère pourra s'apercevoir le mieux des modifications apportées à cette fonction par la maladie. Nous avons dit déjà ce qu'était le sommeil des enfants ; nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

Les battements du cœur du nouveau-né sont plus

fréquents et plus précipités que chez l'adulte ; lorsqu'on ausculte le cœur d'un fœtus à travers les parois de l'utérus, on trouve que les battements cardiaques oscillent entre 130 et 140 par minute en moyenne. Immédiatement après la naissance, lorsque les poumons entrent en jeu et fonctionnent régulièrement, on constate que les battements du cœur se ralentissent graduellement et oscillent entre 90 et 100 par minute. Il y a donc là un phénomène absolument différent de celui qu'on observe dans l'enfance et dans l'âge adulte : d'ailleurs les modifications observées dans le rythme cardiaque sont loin d'avoir, chez le nouveau-né, l'importance diagnostique qu'elles auront plus tard et il est impossible de trouver dans l'examen du pouls une indication nette et précise.

Nous n'en dirons pas tout à fait autant des résultats obtenus par l'emploi du thermomètre, quoique cet instrument, si utile chez l'adulte, soit d'un usage assez restreint chez le nouveau-né. On prendra la température rectale en plaçant le thermomètre dans l'anus, mais cette petite opération ne devra être faite que par le médecin ou une personne compétente.

Le nouveau-né, par suite de l'absence de mouvements, est très sensible aux variations de température et se refroidit très facilement, surtout s'il est né

avant terme et présente un état particulier de *faiblesse congénitale*. Dans ces conditions, outre les modifications observées dans la coloration des téguments, la température générale du corps s'abaisse et le thermomètre peut fournir des indications précieuses. Nous verrons plus loin comment, en plaçant ces enfants dans un milieu à température élevée et constante (couveuses), on peut remédier à ce danger et sauver nombre d'enfants nés prématurément.

§ 2. — Mort apparente du nouveau-né

Si, dans l'accouchement normal et régulier, la respiration, qui doit assurer la vie nouvelle du fœtus, s'établit dans les premiers instants qui suivent l'expulsion du produit de conception, par contre, sous l'influence de causes multiples (accouchements prolongés, compression du cordon, présentation du siège, opération, etc.), cette première inspiration peut tarder à se produire. Le premier cri ne se fait pas entendre, la respiration est rare et convulsive, bref le passage de la vie intérieure à une vie nouvelle ne s'établit pas. Cet état, désigné sous le nom de *mort apparente*, met l'accoucheur aux prises avec les diffi-

cultés les plus graves et les plus soudaines, car souvent il va dépendre de son sang-froid et de son habileté que l'enfant soit arraché à une mort certaine et rapide. Pour que cette résurrection — car il s'agit, en effet, d'une véritable résurrection — soit possible il est toutefois nécessaire qu'il y ait intégrité absolue du cœur, du cerveau et des poumons : ce n'est que le fonctionnement normal, la mise en jeu de ces appareils qu'il faudra susciter, provoquer artificiellement. Alors on peut ranimer ces enfants présentant la pâleur, l'aspect des cadavres et qui ont toutes les apparences de la mort.

C'est alors que l'accoucheur devra s'armer de patience et persévérer quand même. Il devra, après avoir désobstrué les voies aériennes des mucosités qu'elles peuvent contenir, s'opposer au refroidissement et provoquer, par tous les moyens possibles, une première inspiration, même en l'absence de toute pulsation cardiaque.

Par divers procédés, il établira une respiration artificielle, c'est-à-dire qu'il favorisera l'appel de l'air dans les poumons. De tous les moyens employés, le plus efficace consiste dans l'insufflation directe de l'air atmosphérique dans la trachée-artère. Cette insufflation peut se faire de bouche à bouche, ou

bien à l'aide de tubes et d'appareils spéciaux. De ces derniers, le plus utile est le tube à insufflation du Dr Ribemont.

Cette insufflation, qui est une opération délicate, devra être continuée longtemps, puisqu'il nous est arrivé, ainsi qu'à plusieurs de nos collègues, de ranimer des enfants après une heure, une heure et demie, deux heures même de soins et d'efforts.

§ 3. — Faiblesse congénitale

Le plus souvent, chez le nouveau-né, la respiration s'établit bien et d'emblée, mais, chez les enfants faibles, chez ceux qui sont nés *avant terme*, elle s'effectue lentement, à intervalles éloignés : la force semble manquer à ces petits êtres, insuffisamment développés et qui ne peuvent encore résister aux accidents nombreux de leur nouvelle existence. Ces enfants, nés prématurément, ont besoin de soins spéciaux et ce n'est qu'au prix d'efforts sans nombre, d'un dévouement sans bornes que les mères, dirigées par le médecin, pourront les arracher à la mort. Tout est fatigue pour eux, le fonctionnement de l'appareil digestif, aussi bien que le fonctionnement de l'appareil respiratoire. On veillera surtout à les protéger contre

les refroidissements en les plaçant dans un milieu à température constante et élevée, c'est-à-dire dans une couveuse. C'est au professeur Tarnier que l'on doit cette heureuse innovation à laquelle nombre d'enfants doivent déjà l'existence. L'enfant, enveloppé d'ouate, afin d'éviter toute compression, tout obstacle à la respiration, ne sera retiré de la couveuse que pour le change et les tétées ; la température de la couveuse devra être l'objet d'une surveillance toute particulière ; elle sera constante, entre 30 et 32 degrés ; avec un peu de soin et d'attention il est facile d'ailleurs d'obtenir ce résultat.

Les succès obtenus par ce moyen sont aujourd'hui nombreux, et nous nous rappelons avoir vu élever ainsi, dans le service de notre maître, le professeur Pinard, un enfant *qui pesait moins de* 1,000 *grammes*. Ce n'est là — il faut le dire — qu'un fait exceptionnel et ce n'est guère que chez les enfants pesant au moins 1,800 à 2,000 grammes qu'on obtiendra les résultats les plus constants et les plus favorables.

Non seulement il faudra s'opposer aux refroidissements, mais on devra apporter des soins particuliers à tout ce qui concerne l'alimentation. Il faudra mettre les enfants au sein toutes les heures pendant quatre ou cinq minutes, au plus ; le lait devra venir très

facilement ; les mamelons devront être longs et bien conformés ; c'est pourquoi la nécessité d'une bonne nourrice s'impose le plus souvent. Parfois l'enfant sera si faible qu'après trois ou quatre mouvements de succion, il renoncera par fatigue à prendre le sein et succombera à l'inanition. C'est alors que la nourrice devra tirer son lait, le faire couler directement dans la bouche de l'enfant ou lui faire prendre à la cuiller. Dans ces cas particuliers le professeur Tarnier a conseillé et fait pratiquer avec succès le gavage, qui consiste à introduire, jusque dans l'estomac de l'enfant, une petite sonde en caoutchouc, et à faire pénétrer directement du lait dans l'estomac. Cinq à dix grammes de lait, tiré à la nourrice et donné toutes les heures, suffiront tout d'abord à assurer l'alimentation ; le gavage est donc parfois un complément nécessaire de la couveuse.

Avons-nous besoin de dire que les pesées quotidiennes rendront ici d'immenses services en démontrant qu'on est dans la bonne voie.

§ 4. — Bosse séro-sanguine. — Céphalématome

On sait que la région fœtale qui s'offre la première, c'est-à-dire qui tend à être expulsée la première, est le

siège d'une production séro-œdémateuse qui constitue une sorte de tumeur molle, une bosse d'autant plus accentuée que l'accouchement aura été plus long. Cette tumeur a reçu le nom de bosse séro-sanguine.

Elle présente son maximum de développement immédiatement à la naissance pour s'effacer et disparaître spontanément dans les jours suivants ; en raison de la déformation passagère qu'elle détermine lorsqu'elle siège sur la face ou sur la tête qui est plus ou moins allongée en pain de sucre, il est dans l'habitude dans certaines contrées de combattre cette déformation en pétrissant en quelque sorte la tête pour essayer de lui rendre sa forme naturelle ; c'est là une pratique, non seulement inutile, mais encore dangereuse ; c'est à ce point de vue seulement que nous signalons ce phénomène, cette modification plastique à laquelle la nature seule remédie.

A côté de cette bosse séro-sanguine, on peut voir parfois se développer sur la tête une autre tumeur, véritablement sanguine, qui siège entre la face externe des os de la voûte du crâne et le cuir chevelu, décollé dans une plus ou moins grande étendue ; cette tumeur, ou *céphalématome*, se produit aussi bien après un accouchement spontané et naturel qu'après une application de forceps ; on peut voir aussi se développer une,

deux et parfois trois tumeurs d'abord molles et fluctuantes, bientôt entourées d'un cercle, d'un bourrelet osseux à la périphérie. Au contraire de la bosse séro-sanguine, cette tumeur n'apparaît que du quatrième au sixième jour après l'accouchement; sa durée est longue puisqu'elle ne disparaît complètement qu'après la sixième semaine, mais comme la bosse séro-sanguine elle disparaît spontanément, sans traitement particulier, et ne présente aucune gravité, si l'on s'abstient de toute intervention opératoire ou si elle n'est pas compliquée de fracture du crâne ou d'hémorrhagie du côté des enveloppes du cerveau.

§ 3. — États pathologiques du cordon et de la région ombilicale

Nous avons insisté déjà sur les soins [1] qu'on doit apporter au pansement du cordon ombilical et sur le mode de pansement qui nous paraissait le plus favorable pendant le temps que va se faire l'élimination du cordon ombilical ; la chute du cordon se fait le plus souvent du quatrième au sixième jour après la naissance ; grâce aux soins antiseptiques dont on doit entourer le cordon ombilical pendant la durée de son

[1] Voy. lib. II, chap. I.

élimination, on ne voit plus pour ainsi dire apparaître cette odeur de gangrène et ces phénomènes de suppuration qui entraînaient autrefois souvent la mort du nouveau-né, par *érysipèle*, *inflammation ulcéro-grangréneuse* où *péritonite.*

Grâce au pansement que nous avons indiqué, le cordon sèche et se raccornit sans donner d'odeur. A l'endroit où se fera la séparation du lambeau de cordon, il existe seulement un sillon de suppuration, qui n'est autre que le bord de la plaie ombilicale, résultant de la chute même du cordon. Cette plaie, recouverte de bourgeons charnus, va d'ailleurs elle-même se cicatriser. Pourtant, il peut arriver qu'après la chute du cordon, la surface bourgeonnante, loin de diminuer augmente de volume au point de former une petite tumeur qui varie de la grosseur d'un pois à celle d'une cerise ; il faudra alors par une seconde ligature élastique placée à la base de cette tumeur en amener la dessiccation.

La région ombilicale peut encore être le siège d'autres tumeurs, en particulier de hernies ; il ne faut pas cependant prendre pour une hernie la longueur du bourrelet cutané qui, à première vue, peut en imposer ; le plus souvent, ces petites hernies ombilicales congénitales guérissent seules, par la simple applica-

tion d'une petite ceinture de flanelle ; nous ne sommes pas très partisans de l'emploi de pelotes ou appareils compressifs qui se déplacent trop facilement ou excercent une compression trop énergique ; en outre ces moyens s'opposent à la rétraction graduelle et spontanée de l'anneau ombilical.

Signalons encore certain nombre de malformations. de vices de conformation, telles que persistance de la perméabilité de l'ouraque, éventration qui laisse la masse intestinale à nu après la chute du cordon ; ces états pathologiques sont généralement incompatibles avec la vie.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les autres affections de la région ombilicale chez le nouveau-né. Nous nous contenterons de renvoyer nos lecteurs au livre deuxième où nous avons traité déjà ce sujet. Telles sont les hémorrhagies, le phlegmon ombilical, l'érysipèle, l'artérite, etc.

§ 4. — Hémorrhagie chez le nouveau-né

Les hémorrhagies chez le nouveau-né ne s'observent pas seulement du côté de l'ombilic, on en observe parfois du côté des organes génitaux, chez la petite fille, ou du côté de l'appareil digestif. Il se produit d'abord

une hémorrhagie interne qui amène, de suite, une pâleur plus ou moins accentuée des téguments, bientôt après les enfants vomissent une quantité plus ou moins considérable de sang, généralement noir, ou le rendent dans les selles. Ces hémorrhagies n'entraînent pas toujours la mort, mais elles constituent toujours un accident grave.

Il faut savoir cependant que la présence du sang dans les vomissements ou dans les selles de l'enfant peut reconnaître une cause toute particulière et ne comporter aucun danger. Nous voulons parler de ces cas où le sang a été avalé par l'enfant, au moment où il exerce des mouvements de succion sur un mamelon crevassé : la connaissance de ce fait et un simple examen permettront de reconnaître la véritable cause de cette prétendue hémorrhagie.

§ 7. — Ophtalmie des nouveau-nés. — Abcès des seins

Nous ne nous étendrons pas longuement ici sur les affections ou accidents qu'on peut observer du côté des yeux et du côté des seins. Nous avons déjà parlé, plus haut, des soins de propreté que l'on doit prendre pour éviter les ophtalmies qu'on voit, si souvent

encore, apparaître chez le nouveau-né ; ces ophtalmies caractérisées tout d'abord par de la rougeur et du gonflement des paupières, plus tard par un écoulement muco-purulent, peuvent prendre une marche quasi-foudroyante et amener la perte d'un œil ou même des deux yeux en quelques jours ; elles réclament des soins rapides, continus et sous la direction du médecin. Nous avons dit également comment, dans le service du professeur Pinard, par un traitement préventif institué chez tous les enfants dès leur naissance, cette terrible affection était devenue de plus en plus rare.

Il en est de même des inflammations et des abcès du sein qu'on observait autrefois souvent, chez les garçons comme chez les filles, au moment de la poussée fluxionnaire qui s'opère dans les jours qui suivent la naissance ; il faut bien se garder surtout d'exercer des frictions ou des pressions ; des compresses chaudes de solution boriquée, des cataplasmes de fécule préviendront le plus souvent ces accidents inflammatoires qui vont quelquefois jusqu'à la formation d'abcès considérables.

§ 8. — Modifications du côté de la peau et du tissu cellulaire. — Colorations des téguments. — Éruptions.

Le nouveau-né en bonne santé et en voie de développement présente une peau fraîche, rose et marbrée par places ; elle est également lisse, sans rides, offrant seulement des plis qui peuvent, faute de soins, devenir le point de départ d'excoriations et de rougeurs.

L'examen de la peau chez le nouveau-né a une importance de premier ordre, de même que l'examen de la physionomie, si vite altérée à la moindre souffrance, au moindre dérangement des fonctions intestinales.

Lorsque l'enfant souffre, le faciès se grippe, le nez se pince, la respiration devient courte et fréquente. Si l'alimentation est insuffisante ou non appropriée à l'âge de l'enfant, la peau prend un aspect terreux, devient flasque ; elle se ride et l'enfant ressemble à un petit vieillard : c'est l'athrepsie, avec tout son cortège de symptômes graves et de troubles profonds.

Fréquemment, la peau des nouveau-nés prend, dans les jours qui suivent la naissance, une teinte jaunâtre plus ou moins foncée, s'étendant sur tout le corps et

donnant aux conjonctives cette coloration spéciale et bien counue, qu'on observe chez les personnes atteintes de jaunisse.

Cet ictère reconnaît des causes diverses et affecte une forme bénigne ou une forme grave.

Bénin, l'ictère reconnaît comme cause, soit une distribution anormale du sang déterminant la congestion du foie, soit des modifications du pigment sanguin résultant du trouble circulatoire ; il peut donc y avoir ictère par rétention du pigment biliaire ou par altérations, modifications du pigment sanguin.

Cet ictère a reçu le nom d'ictère hémaphéique : il paraît coïncider avec le moment où l'on pratique la ligature du cordon, après la naissance.

Quant à l'ictère grave, beaucoup plus rare aujourd'hui, il dépend soit de lésions profondes du foie, soit d'accidents de septicémie.

L'ictère bénin, biliaire ou sanguin, disparaît en général spontanément au bout de sept ou huit jours et ne réclame guère de traitement spécial ; l'enfant prend volontiers le sein, mais il est certain qu'il augmente moins vite qu'à l'état normal.

A côté de cette coloration jaune des téguments, on peut encore observer, mais beaucoup plus rarement, une coloration violacée, bleuâtre, à laquelle on donne

le nom de *cyanose* ou *maladie bleue.* A part les cas où cette coloration, cette cyanose, est déterminée par une gêne passagère de la respiration (compression par le maillot, la présence de mucosités dans les voies aériennes) cet état comporte toujours un pronostic grave, car il indique certainement des malformations du cœur et des gros vaisseaux, persistance de la perméabilité de certains conduits, abouchements anormaux des gros vaisseaux, communication des deux oreillettes.

Le plus souvent la cyanose apparaît au moment de la naissance, parfois seulement au bout de quelques jours et même de quelques mois.

La peau et la muqueuse offrent une coloration violacée, bleuâtre, presque noire dans certains cas, probablement selon la quantité plus ou moins grande du sang veineux qui se mêle au sang artériel. Dans tous les cas, la cyanose est plus accentuée pendant les cris et les efforts que pendant le repos et le sommeil de l'enfant.

Elle est marquée à son maximum à la face, aux lèvres, aux pieds et aux mains. La température est au-dessous de la normale, la nutrition est incomplète, et souvent l'auscultation du cœur permet de constater l'existence d'un souffle en rapport avec le siège et la nature de la lésion.

On comprend facilement que, dans ces conditions, l'existence est le plus souvent compromise et que la thérapeutique est impuissante durant le cours de cette terrible affection.

A la naissance, le corps du nouveau-né est recouvert d'un enduit plus ou moins considérable, mais surtout accentué dans les différents plis de la peau : une fois débarrassée de cet enduit, la peau est rose, lisse et transparente ; bientôt elle devient opaque et blanchâtre ; elle se plisse, semble flétrie, devient rugueuse et est le siège d'un travail de desquamation qui se généralise, en débutant généralement par les extrémités. L'épiderme se fendille et tombe en lambeaux de dimensions variables ; il s'agit ici d'un phénomène normal, physiologique qu'il ne faut pas confondre avec les desquamations pathologiques consécutives à l'érysipèle, le pemphigus, l'érythème.

L'exfoliation épidermique se présentera donc sous deux formes, tantôt sous l'aspect d'une fine poussière, tantôt sous forme de larges plaques, notamment à l'abdomen, aux mains et aux pieds.

Ces modifications cutanées n'ont rien de fixe dans leur durée, elles persistent généralement vingt à vingt-cinq jours, mais sont plus longues chez les enfants chétifs et mal nourris. Elles ne comportent aucun

caractère de gravité, mais elles nous permettent de comprendre et d'expliquer la facilité qu'ont les nouveau-nés à se refroidir. En outre, l'enduit protecteur manquant par place, il en résulte autant de solution de continuité, de fissures qui peuvent être les porte d'entrée aux éléments septiques de toutes natures. De là, cette importance capitale de tenir le corps du nouveau-né dans un état de propreté abolue.

§ 7. — Œdème et sclérème du nouveau-né

L'œdème, ou infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire, ne doit pas être confondu avec le sclérème. Dans le premier cas, les tissus sont infiltres, empatés et mous; la pression du doigt détermine un creux, un godet; dans le second cas, au contraire, les tissus augmentés de volume, sont durs, pleins et tendus.

On peut observer l'œdème chez le nouveau-né atteint de maladie ou de vices de conformation du cœur, ou chez lequel il y a une gêne ou un obstacle à la respiration. Mais l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire peut se produire indépendamment de ces divers états pathologiques.

L'œdème dont nous voulons parler s'observe surtout chez les enfants nés avant terme, faibles et débiles. Il survient peu de jours après la naissance

et se montre, tout d'abord et de préférence, au mollet, à la face postérieure des cuisses, aux mains et aux organes génitaux. La peau présente la coloration de la cire et conserve l'empreinte du doigt. Si la maladie s'aggrave on voit l'infiltration se propager et envahir le tronc, principalement du côté où est couché l'enfant; la peau, violacée et sèche, devient dure et tendue en même temps que la circulation et la respiration se ralentissent; bientôt surgissent des complications pulmonaires (congestion, pneumonie), des troubles digestifs. Le petit malade se refroidit, tombe dans le coma et meurt. Plus le refroidissement est marqué, plus le pronostic est grave. A côté de ces cas funestes, il y a, en revanche, des cas bénins où l'œdème est peu accentué, peu étendu. Dans ces conditions, la guérison peut survenir, surtout si l'on réussit à alimenter l'enfant et à conjurer l'athrepsie; alors l'œdème disparaît insensiblement, en une quinzaine de jours environ.

Favoriser l'alimentation, c'est-à-dire donner à l'enfant une bonne nourrice, enlever tout obstacle à la respiration et à la circulation, s'opposer au refroidissement, en plaçant ces enfants dans une couveuse, tels sont les moyens les plus appropriés pour combattre cette affection et l'enrayer dans sa marche fatale.

A côté de l'œdème du nouveau-né, il nous faut signaler une autre affection caractérisée par un épaississement des téguments. Les parties atteintes sont froides, tendues et rigides ; on dirait que l'enfant est gelé, qu'il est de bois, si bien qu'on peut le soulever tout d'une pièce, grâce à la rigidité de la peau, qui enlève toute mobilité aux articulations ; dans ces cas graves l'affection est généralisée à la plus grande partie du corps.

Le sclérème survient plus souvent plus tard que l'œdème, dans les dix premiers jours qui suivent la naissance; son développement est toujours précédé des symptômes plus ou moins alarmants de l'athrepsie, dont il ne constitue en réalité qu'une des manifestations les plus graves. Il peut être consécutif à un refroidissement intense ; dans tous les cas, la température du corps est notablement abaissée.

On voit, en même temps, si l'affection doit se terminer par la mort, apparaître les symptômes de l'athrepsie, tels que le muguet, l'amaigrissement, la diarrhée et des ulcérations du côté de la peau et de la bouche. Les petits malades meurent dans le coma, secoués, de temps en temps, par des convulsions.

Généralisé, le sclérème constitue une affection des plus graves; cependant, grâce à l'emploi des couveuses,

dans lesquelles il faut placer, de suite, ces enfants, la gravité du pronostic est aujourd'hui sensiblement atténuée.

§ 8. — Éruptions cutanées

Dans ce paragraphe nous n'entendons pas parler des rougeurs ou exanthèmes fébriles (rougeole. scarlatine), ni de l'érysipèle qui, nous l'avons dit, n'est qu'une forme, une manifestation de la septicémie puerpérale.

L'*érythème* du nouveau-né est une inflammation superficielle de la peau ; on l'observe surtout sur les fesses, les organes génitaux, la face interne des cuisses, la partie inférieure de l'abdomen.

L'érythème apparaît d'abord sous forme de plaques, de pointillés d'un rouge plus ou moins foncé et qui disparaissent momentanément sous la pression du doigt.

Si l'affection s'aggrave et s'étend, la rougeur devient plus intense ; sur les plis cutanés, se produisent alors des crevasses, des fissures qui sont le siège d'un écoulement, d'un suintement séreux, qui viendra encore irriter les téguments. Puis apparaissent quelques petites vésicules ou phlyctènes qui, en se rompant, laisseront le derme à nu ; de là, ces démangeaisons et ces

douleurs, qui arrachent des cris aux nouveau-nés, dès que ses linges sont souillés ou que son corps est exposé à l'air. Bientôt l'alimentation sera troublée, se fera mal, sera incomplète et le sommeil disparaîtra.

L'érythème se manifeste donc par une rougeur de la peau à la surface de laquelle apparaissent des vésicules à forme herpétique ou papuleuse qui, à leur rupture, sont l'origine de fissures ou d'ulcérations.

L'érythème n'apparaît guère avant le quatrième jour; il est le produit d'une véritable infection, au moment où l'exfoliation épidermique se manifeste, ouvrant toutes grandes les portes d'entrée à la septicémie. L'érythème s'aggrave au contact de l'urine, des matières fécales, d'où la nécessité de *changer* fréquemment les enfants et de les tenir dans un état absolu de propreté.

C'est ainsi que l'érythème affecte principalement les enfants mal tenus, ceux qui sont soumis à l'allaitement artificiel mal dirigé, qui sont atteints de diarrhée, dont les langes constamment souillés ne sont pas suffisamment renouvelés. Dans ces cas l'affection se prolonge durant des mois, affaiblit de plus en plus les enfants et quelquefois se généralise.

L'érythème est généralement une affection peu grave, surtout si on apporte de suite les règles sévères

d'une hygiène entendue et appropriée ; pourtant, quand l'irritation de la peau s'étend, qu'il se produit des ulcérations, on voit apparaître un peu de fièvre, le sommeil est impossible et les enfants poussent des plaintes continuelles.

En nettoyant bien complètement les enfants dès leur naissance, en les changeant de linges aussi souvent qu'il est nécessaire, en combattant la diarrhée, on s'opposera, le plus souvent, à l'apparition de l'érythème ou, au moins, on restreindra ses limites.

Donner régulièrement un bain de son ou d'amidon tous les matins, bien sécher toute la surface du corps avec un linge fin ou, mieux, du coton hydrophile, saupoudrer, avec une poudre très fine à base de salol, les parties malades, tels sont les moyens les plus efficaces et les plus prompts pour enrayer le mal ; bien entendu, on changera les linges dès qu'ils seront mouillés.

Si le nouveau-né ne sait se défendre du froid, si l'on doit prendre toutes les précautions pour s'opposer au refroidissement, il faut prendre garde, d'un autre côté, de tomber dans l'excès contraire et de trop couvrir les enfants; bientôt, en effet, sous l'influence d'une température trop élevée, le corps entre en transpiration, la face et les cheveux sont mouillés de sueur et l'on voit apparaître sur la figure, sur le cou, une érup-

tion, caratérisée par de toutes petites vésicules blanches et citrines, à laquelle on donne le nom d'éruption *miliaire*. Il faut connaître ce petit accident auquel il sera très facile de remédier en supprimant la cause qui lui a donné naissance.

Toutes les éruptions, toutes les manifestations cutanées qui se montrent chez le nouveau-né doivent être l'objet d'une surveillance spéciale et réclament un avis éclairé. Elles sont, en effet, souvent la manifestation d'un état cachectique ou diathésique (syphilis héréditaire en première ligne). La connaissance de ce fait est d'une importance capitale, tant pour le traitement à instituer que pour les règles qui devront présider à l'allaitement. De toutes ces éruptions, la plus fréquente est constituée par des bulles (pemphigus) de la grosseur d'une petite lentille et remplies de sérosité louche. En s'ouvrant, ces bulles laissent écouler leur sérosité et donnent naissance à des ulcérations entourées d'un cercle rouge à teinte cuivrée.

Le pemphigus peut exister au moment même de la naissance, comme il peut n'apparaître que dans les deux ou trois premiers mois.

Toutefois, il faut savoir qu'il existe deux formes de pemphigus : l'une, bénigne, affectant, en général, le cou, les épaules et le tronc ; l'autre, grave, se mani-

festant au moment de la naissance, siégeant, de préférence, aux mains et aux pieds, tendant à s'ulcérer, s'accompagnant de phénomènes graves du côté de l'appareil digestif et pouvant se terminer par la mort. Cette dernière forme a été considérée comme une manifestation de la syphilis héréditaire et nécessite un traitement spécial, approprié. Le pemphigus bénin guérit seul ou presque seul. L'emploi du salol donne de bons résultats et favorise la cicatrisation des petites ulcérations qui succèdent à la rupture des vésicules.

CHAPITRE II

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

§ 1. — Cavité buccale

L'alimentation — nous l'avons montré surabondamment — est le point important sur lequel doivent se porter, de suite, les soins du médecin et l'attention de la jeune mère. Nous avons vu [1], en passant, les obstacles mécaniques, en quelque sorte, qui s'opposent à l'allaitement maternel, du côté de l'enfant; nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

A côté de ces lésions, de ces défauts, de ces vices de conformation ou de développement, il existe quelques lésions intéressant la cavité buccale et qui peuvent devenir, à un moment donné, des obstacles à l'allaitement maternel ou même à l'alimentation. Telles sont les ulcérations, les fissures que l'on ren-

[1] Voy. lib. II, ch. IV, p. 128.

contre parfois dans la cavité buccale des nouveau-nés, lésions dont les causes sont multiples et que le médecin seul peut apprécier. C'est ainsi que la syphilis héréditaire ou acquise peut se manifester par des érosions de la muqueuse buccale, érosions douloureuses, gênant la succion et devenant indirectement, mais sûrement, le point de départ de perturbations graves dans l'alimentation de l'enfant.

Quelquefois les lésions que l'on rencontre dans la cavité buccale ont pour origine un traumatisme, une blessure. C'est ainsi que, chez quelques enfants, qui se sont présentés par le siège et que l'accoucheur n'a pu extraire qu'en tirant sur la bouche, une fois le tronc expulsé, il existe soit des éraflures de la muqueuse, soit des lésions plus graves qui empêchent la succion. Il suffit de connaître ce détail pour remédier aux accidents qui se manifestent. Pendant tout le temps que durera cette gêne dans l'alimentation, il suffira de faire couler directement du lait dans la bouche de l'enfant, soit en tirant le sein de la mère ou de la nourrice, soit en se servant d'appareils spéciaux.

§ 2. — Muguet

En rangeant le muguet dans les affections ou mala-

dies de la bouche, nous tenons à faire observer de suite que le muguet constitue plutôt une manifestation locale d'un état général, de l'athrepsie en particulier.

C'est surtout, pour ne pas dire exclusivement, sur les enfants débilités, mal nourris ou alimentés avec le biberon qu'on voit apparaître le muguet qui complète, avec la diarrhée, l'érythème et l'amaigrissement, le cortège de l'athrepsie.

Le muguet est caractérisé par une production d'apparence caséeuse qui a pour siège presque exclusif la portion sus-diaphragmatique du tube digestif, quoique, d'après Zenker, le parasite qui lui donne naissance pourrait pénétrer dans la circulation générale et s'en aller former des colonies dans les viscères [1].

Le muguet est constitué par un végétal, l'*oïdium albicans*, cryptogame de la classe des Mucédinées.

Avant l'apparition des points, ou plaques blanchâtres, concrétions dans lesquelles, outre l'*oïdium* et les spores de ce champignon, on rencontre des cellules épithéliales, la langue devient rouge, rugueuse ; la bouche est sèche et le liquide buccal est notablement acide. Ce milieu acide, qui est le résultat d'une alimentation défectueuse, est particulièrement favo-

[1] Hallopeau, *Pathologie générale*, p. 141.

15

rable à l'éclosion du parasite du muguet. Une fois développé et surtout si l'on n'y prend garde, l'oïdium végète et prolifère. On voit alors, sur le dos de la langue, se former un semis de points blancs, plus ou moins rapprochés, de la grosseur d'un grain de millet. Bientôt ces grains se rapprochent, recouvrent toute la surface de la langue, s'étendent aux joues, aux lèvres, à la voûte du palais.

Ces végétations, qui sont d'abord d'un blanc éclatant, ne tardent pas à prendre une teinte jaunâtre ; elles sont très adhérentes à la muqueuse sous-jacente et déterminent parfois des ulcérations.

La sensibilité exagérée de la muqueuse buccale rend la prise du sein et la succion difficiles, si bien que l'enfant, vaincu par la douleur, renonce à s'alimenter. Parfois même le lait, introduit dans la bouche, au moyen d'une cuiller, est rejeté par régurgitation, avant d'avoir pénétré dans l'estomac, ce qui indique, en général, la présence du parasite dans le pharynx et l'estomac.

Si l'affection n'est pas soignée, on la voit s'étendre et s'accompagner de vomissements, de diarrhée, d'érythème et d'amaigrissement ; les enfants tombent alors dans le collapsus et meurent rapidement par inanition.

Nous avons déjà dit que le muguet ne se développe que sur des organismes affaiblis par les privations, une nutrition imparfaite ou défectueuse. Cependant (muguet bénin, idiopathique) on peut voir quelques grains isolés se montrer chez les enfants qui présentent un état de santé florissante ; il est probable que, dans ces cas, l'apparition du muguet a été déterminée par contage direct ou par suite de l'usage d'un biberon, d'un bout de sein malpropre au contact duquel le lait a subi une fermentation acide ; il semble, en effet, certain :

1° Que le muguet se transmet par contagion directe ou transplantation de bouche à bouche ;

2° Qu'il peut être communiqué au sein de la nourrice par la bouche de l'enfant et y végéter ;

3° Que le sein d'une nourrice ayant reçu l'*oïdium* d'un premier enfant, peut le transmettre à un ou plusieurs nourrissons [1].

Combattu dès son apparition par l'usage de collutoires appropriés, de boissons alcalines, par les moyens thérapeutiques dont nous disposons contre l'athrepsie, le muguet ne constitue presque jamais une affection grave.

[1] ARCHAMBAULT.

Mais, quand le muguet survient au cours d'une affection chronique (tuberculose, etc.), il comporte presque toujours un pronostic fatal, parce qu'il montre que l'alimentation se fait de plus en plus mal. Il est en quelque sorte, la phase ultime des maladies entraînant la cachexie. Ce symptôme est encore plus grave chez l'adulte.

§ 3. — Malformations de la bouche

Nous avons eu occasion déjà, d'examiner cette question en traitant des obstacles à l'allaitement naturel par suite de malformations et d'arrêt de développement de la région buccale chez le nouveau-né. Nous renverrons donc le lecteur au livre deuxième de cet ouvrage et nous ne nous attarderons pas davantage sur cette question.

§ 4. — Gastro-entérite

Les troubles gastro-intestinaux sont très fréquents chez le nouveau-né ; ils doivent toujours tenir éveillée l'attention des jeunes mères et des nourrices, en raison de la gravité qu'ils peuvent acquérir très rapidement.

Le plus souvent, ils se manifestent à la suite d'une alimentation insuffisante, défectueuse ou, par sa nature

et son abondance, non appropriée aux besoins de l'enfant. Ils sont plus fréquents en été, pendant les chaleurs, que pendant l'hiver et ils atteignent, de préférence, les enfants élevés au biberon. Dans les grandes villes, comme Paris, où la gastro-entérite fait 120 à 150 victimes par semaine, on constate que plus des 2/3 de celles-ci sont des enfants élevés au biberon.

Le symptôme le plus fréquent et, en même temps, le moins grave est constitué par des coliques, plus ou moins douloureuses et qui arrachent au nouveau-né des cris plaintifs ou déchirants et impriment à sa physionomie un caractère tout particulier. Souvent, ces coliques reconnaissent pour cause l'ingestion intempestive d'eau de fleurs d'oranger, de sirop de chicorée, d'eau de gruau ou d'orge, d'eau panée, etc., ou de toute autre composition ou drogue, chère aux bonnes femmes, à titre de remèdes infaillibles. D'autres fois les coliques sont produites par une constipation opiniâtre, l'accumulation de gaz dans l'intestin, et il suffira d'administrer une cuillerée à café d'huile de ricin pour qu'elles disparaissent. Cette pratique vaut mieux que l'abus des lavements, pourvu toutefois qu'elle ne soit pas exagérée.

Les hoquets, suivis de vomissements, sont encore un des symptômes, mais plus grave, de la gastro-

entérite. Les vomissements de la gastro-entérite ne consistent pas seulement dans le rejet d'une quantité plus ou moins grande de lait, caillé ou non, mais de bile.

Dans l'entérite aiguë, causée quelquefois par un lait altéré, fermenté ou renfermé dans un biberon sale, muni d'un long caoutchouc, on observe de la fièvre, dès le début de la maladie. Le pouls est fréquent, la langue est rouge, papilleuse et l'enfant, les cuisses fléchies sur le ventre, pousse des cris plaintifs, qui redoublent, si l'on exerce la moindre pression sur la paroi abdominale. Bientôt la diarrhée apparaît, fréquente, très liquide et verte. La diarrhée verte est un symptôme grave et qu'il faut surtout surveiller. Elle est d'origine nettement infectieuse ; nous verrons bientôt par quels moyens efficaces elle est combattue. Localement, la diarrhée donne naissance à un érythème des fesses, à des rougeurs, à des ulcérations rebelles au traitement et constamment irritées par les matières fécales et l'urine.

Dans les formes graves, la diarrhée est incessante, suit de près l'ingestion des aliments et est compliquée de vomissements incoercibles. L'enfant tombe alors dans le collapsus et meurt épuisé, cachectisé. Quelquefois des crises convulsives précèdent la mort.

La gastro-entérite frappe, de préférence, les enfants élevés au biberon. Il est donc nécessaire, toutes les fois que cela est possible, de faire élever l'enfant au sein, par la mère ou une bonne nourrice. Nous avons d'ailleurs traité longuement cette question, sur laquelle nous n'avons pas à revenir.

Une fois l'entérite déclarée, il faut s'enquérir des causes qui l'ont engendrée. Si l'alimentation est insuffisante, si le lait est mauvais, il faut augmenter le nombre et la durée des tétées ou changer le lait. C'est dans ces cas particuliers que le lait stérilisé a rendu de nombreux services, comme l'a expérimenté, dans son service, notre maître le professeur Pinard. Si, au contraire, la gastro-entérite reconnait pour cause un sevrage anticipé, une alimentation trop forte, il faut remettre l'enfant au sein ou au régime du lait exclusivement.

La diarrhée verte, d'après les recherches de M. le professeur Hayem, est efficacement combattue par une solution d'acide lactique à 2 o/o, administrée à la dose de six cuillerées à café dans les vingt-quatre heures ; bien entendu, le médecin devra proscrire tout biberon. Si l'enfant est soumis au régime de l'allaitement artificiel, le lait — lait stérilisé, de préférence — sera donné au verre ou à la cuiller. Le mieux serait de remettre l'enfant au sein.

Sous l'influence d'un régime sévère, les symptômes de la gastro-entérite peuvent s'amender et nous avons vu des enfants, même fortement atteints par la maladie, se relever et guérir. Dans d'autres cas, hélas ! trop fréquents, les vomissements et la diarrhée résistent au régime et au traitement. Le lait, quel qu'il soit, est rejeté presque immédiatement et la diarrhée, diarrhée séreuse, persiste quand même. C'est dans ces cas particuliers que nous conseillons le traitement suivant, qui nous a donné quelques succès :

Contre la diarrhée verte, septique, nous donnons l'acide lactique. Si le lait — même stérilisé — n'est pas toléré, nous lui substituons, suivant le conseil du Dr Dupré, de Reims[1], la tisane de blé, ainsi composée :

Blé	Une cuillerée à soupe.
Gruau d'avoine. .	aa 1/2 cuillerée à soupe.
Orge	

Faire bouillir dans un litre d'eau. Faire réduire jusqu'à 750 grammes. Ajouter un peu de sel ; sucrer légèrement et passer. Le Dr Dupré recommande, en outre, de ne jamais faire réchauffer cette tisane, qui doit être préparée chaque fois qu'il est nécessaire.

Sous l'influence de ce régime les vomissements et

[1] *Union médicale du Nord-Est.*

la diarrhée s'arrêtent. A ce moment on donne à l'enfant un mélange de trois cuillerées à soupe de bouillon de bœuf pour une cuillerée de lait. Au bout de quelques jours, quand l'enfant a repris quelques forces, que tout symptôme grave a disparu, on emploie le lait stérilisé.

§ 5. — Coryza

Il est une affection, bénigne en apparence, mais qui peut apporter dans la succion des difficultés, une gène plus ou moins grande : nous voulons parler du *coryza* ou inflammation de la muqueuse qui tapisse les fosses nasales. Le coryza peut être consécutif à certaines maladies (rougeole, scarlatine, diphtérie) ou être une manifestation locale de la syphilis, mais, le plus souvent, affectant une forme aiguë, une marche rapide. Il est causé par le refroidissement, plus rarement par la propagation d'une ophtalmie ou d'une inflammation du sac lacrymal.

Le coryza du nouveau-né, lorsqu'il est un peu intense, amène, en raison de l'étroitesse des fosses nasales et par le gonflement de la muqueuse, une oblitération de la cavité nasale. Le nouveau-né respirera difficilement, surtout pendant les tétées, durant le sommeil. La difficulté de la respiration est d'autant

plus grande que, dans la plupart des cas, le coryza est compliqué de laryngo-bronchite.

L'enfant, atteint de coryza, surtout dans les formes graves, éprouve de telles difficultés à respirer, quand il est au sein, qu'il ne le prend plus, en dépit de la faim. L'inanition, si rapide chez les nouveau-nés, surviendrait vite si l'on ne prenait immédiatement toutes les précautions nécessaires.

Le sommeil est également troublé, l'enfant n'étant pas habitué à respirer par la bouche et quelquefois de véritables crises d'asphyxie éclatent au moment où l'enfant, vaincu par le besoin de repos, s'est endormi. Ces crises, par leur violence, ressemblent aux accès de laryngite striduleuse.

Le coryza, bénin en lui-même, peut donc devenir grave par les conséquences qu'il entraîne.

La première indication est de favoriser l'alimentation, par tous les moyens possibles, même le gavage. Ensuite, à l'aide d'injections tièdes, il faudra débarrasser les fosses nasales des mucosités et des croûtes qui les oblitèrent.

CHAPITRE III

§ 1. — Convulsions

L'impressionnabilité du nouveau-né est excessive ; il suffit en effet de s'approcher trop brusquement de lui, de crier trop fort pour le voir tressaillir et s'agiter en petites secousses convulsives localisées surtout à la ace.

Les convulsions entrent dans la catégorie des accidents les plus redoutés par les mères ; pourtant elles sont moins fréquemment mortelles qu'on ne se l'imagine ; mais, par leur soudaineté, par leur intensité, par leur force, leur durée, on comprend la terreur qu'elle inspirent.

Pour en comprendre, du reste, la gravité, il faut, avant tout, en reconnaître la cause.

Chez le nouveau-né, les fonctions cérébrales sont, pour ainsi dire, nulles, aussi les affections du cerveau sont-elles, au-dessous de trois ans, excessivement

rares, et la *méningite*, si redoutée, est exceptionnelle avant cet âge. Il faut cependant tenir compte des lésions directes du cerveau, par suite de violences, traumatismes de toutes sortes (coups, fractures, enfoncements du crâne, etc.), qui accompagnent parfois un accouchement laborieux, ayant nécessité l'emploi du forceps. Dans ce cas particulier, les hémorrhagies méningées sont assez fréquentes et c'est à cet accident qu'il faut attribuer les convulsions qui se manifestent dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Souvent les convulsions auront pour origine, chez le nouveau-né, une exagération, une perturbation des fonctions de la moelle ; plus souvent encore, elles seront d'origine sympathique ou périphérique, c'est-à-dire qu'elles seront la manifestation extérieure et bruyante de troubles viscéraux (coliques et diarrhées, constipations, présence de vers), ou l'exagération d'impressions douloureuses du côté du système cutané.

Si nous ne parlons pas des convulsions qu'on observe parfois au début ou dans le cours des fièvres éruptives (ces convulsions appartiennent plutôt à la pathologie de la première enfance et remplacent généralement le délire), il nous faut signaler ici le rôle que joue l'hérédité. Il est incontestable que des enfants nés de parents atteints des névroses les plus diverses, en

raison même de la prédominance que prend chez eux la susceptibilité nerveuse, paraissent plus facilement sujets aux troubles convulsifs. Il faut donc tenir compte de l'altération et de la transformation des névroses chez les descendants, chez les issus de nerveux et de névrosés.

L'action ou, mieux, l'influence d'une nourrice mercenaire sur son nourrisson paraît nulle quant à la transmission des troubles nerveux, à moins cependant que la névrose de la nourrice ne soit d'origine alcoolique.

Si la fonction cérébrale est nulle, si l'influence modératrice du cerveau ne peut se faire sentir, on conçoit facilement que la première enfance soit l'âge favorable aux troubles convulsifs, qui ne sont autres que des phénomènes réflexes, existant en dehors de toute lésion du cerveau (traumatismes exceptés). On verra donc ces crises convulsives accompagner les différents troubles intestinaux, ou bien être produites par une alimentation défectueuse, non appropriée à l'âge du nouveau-né. Elles pourront encore être consécutives à l'action d'une température excessive, plus souvent d'un froid trop intense. Toute irritation périphérique, toute douleur pourra s'accompagner de convulsion; c'est précisément ce qu'on observe parfois dans le cours de la dentition.

Les secousses convulsives qui donnent au nouveau-né une figure grimaçante, qui impriment aux membres et à tout le corps des tressaillements et des contractures, n'ont pas besoin d'être décrites longuement. Au début, la face se congestionne et, bientôt, à cette cyanose va succéder une pâleur cadavérique. L'enfant tombe dans un assoupissement profond, dans le coma, ce qui lui donne bien plus encore l'apparence d'un petit cadavre. Le plus souvent, ces crises se succèdent et se répètent un nombre de fois indéterminé, mais il est bien certain que la gravité du pronostic est en rapport avec le nombre, la violence des accès et la durée du coma.

En présence de convulsions, quelles qu'en soient la nature et la cause, la mère devra réclamer l'assistance du médecin, qui seul pourra donner un avis utile.

On évitera cependant de réveiller toute douleur, soit en appliquant des sinapismes, soit en faisant des frictions trop énergiques. Les bains trop chauds ou trop froids seront également proscrits ; seuls les bains tièdes, à la température du corps, trouveront leur emploi. Le bruit, la lumière peuvent donner lieu à de nouvelles crises et devront être évités ; enfin, l'enfant, débarrassé de ses langes et maintenu dans

une atmosphère constante, ne sera gêné ni dans ses mouvements, ni dans ses fonctions.

Quant aux modifications à apporter du côté du régime, à la surveillance des fonctions digestives, à l'administration des médicaments (bromure, chloroforme), il appartient seulement au médecin de se prononcer, suivant le cas.

Nous ne pouvons mieux faire, en terminant, que de citer les lignes suivantes des Drs Ferrand et Vidal et qui résument le traitement préventif des convulsions de la *première enfance* : « Régularité des habitudes, pas d'écarts de veille, ni de régime ; suppression de toutes les excitations passionnelles prématurées ; satisfaction mesurée des besoins et des aptitudes normales ; large développement de la vie physique, aération bien entendue, culture intellectuelle prudemment dirigée, exercice très modéré des aptitudes effectives ; développement, au contraire, de la détermination volontaire : telles sont les conditions d'une éducation bonne à prévenir la disposition aux convulsions. »

CHAPITRE IV

§ 1. — Vices de conformation

L'étude des vices de conformation qu'on peut observer chez le nouveau-né nous ferait sortir du cadre que nous nous sommes tracé ; nous voulons cependant insister sur l'importance qu'il y a à examiner, sitôt sa naissance, le bébé au point de vue de l'intégrité de ses fonctions et de la conformation normale de tous ses organes. Parfois ces vices de conformation siègent dans les viscères et ne sont pas visibles à l'extérieur ; c'est ce qui arrive pour les anomalies présentées par le cœur. Le plus souvent, ils portent sur la tête (hydrocéphalie, exencéphalie, méningocèle, etc.), sur la colonne vertébrale (*spina bifida*) ou sur les membres (pieds bots, mains botes, doigts surnuméraires, absents ou accolés), sur la face (bec de lièvre), sur la voûte du palais (gueule de loup). Il est bien évident qu'en face de ces cas, qui ne comportent pas tous

la même gravité, il faudra toujours prendre un conseil éclairé, avant de se décider à rien faire.

Signalons encore les hernies ombilicales, l'extrophie de la vessie et l'imperforation de l'anus, cette dernière rapidement mortelle si l'on n'intervient pas chirurgicalement, susceptible, au contraire dans certains cas de guérison, si elle est reconnue de suite et opérée suivant les règles de l'art.

§ 2. — Vaccine et vaccination

Ce sujet, tout en sortant un peu des limites de cet ouvrage, nous a paru trop important pour ne pas être traité ici, du moins en quelques pages.

La vaccination a pour but de préserver les sujets des atteintes de la variole. Son utilité, sa nécessité pour mieux dire, n'est plus aujourd'hui l'objet d'aucune contestation. La mortalité par la variole est considérablement atténuée et finira par disparaître par les revaccinations obligatoires. Avant la découverte du vaccin, on estime que la mortalité était en moyenne de 2,000 pour un million d'habitants et par année. Aujourd'hui (Allemagne, Suède), la mortalité par variole ne dépasse pas 25 pour un million d'habitants.

16

De tout temps on a essayé de se prémunir contre les atteintes de la variole ; on y parvenait même, dans une certaine mesure, en essayant d'inoculer du *virus varioleux*, pour atténuer, rendre bénigne la variole. On avait remarqué, en effet, que les variolés avaient le privilège d'échapper aux épidémies : on *variolisait* donc les sujets, jusqu'à l'époque où *Jenner* découvrit et appliqua son virus vaccin ou *cow-pox* (1796).

Il y a lieu — on le comprend — de ne pas confondre la *vaccination vraie* avec les méthodes dites pastoriennes, dans lesquelles on injecte des virus atténués, destinés à faire naître la même maladie sous une forme bénigne, et qui rendraient le sujet réfractaire à toute nouvelle contagion. Les expériences et les applications de cette méthode des virus atténués sont, croyons-nous, encore loin de réaliser les espérances qu'on avait pu fonder au début ; il y a encore beaucoup à faire dans cette voie. Au contraire, l'idéal semble avoir été atteint, du premier coup, par Jenner qui a trouvé et inoculé, non pas un virus même atténué, mais un vaccin inoffensif et qui rend l'homme réfractaire à l'une des plus terribles épidémies et des plus rapidement meurtrières.

On se sert aujourd'hui de vaccin cultivé sur de jeunes génisses. Ce vaccin est mis et conservé dans

des tubes qui peuvent être expédiés partout. Ce procédé est infiniment préférable à la vaccination de bras à bras, car l'enfant porte-vaccin peut être atteint de quelque diathèse (syphilis, tubercule) qui ne tarderait pas à se transmettre au sujet vacciné.

Il faut, à part des cas spéciaux (faiblesse congénitale, éruption d'eczéma, etc.), vacciner le nouveau-né dans les deux ou trois mois qui suivent sa naissance ; en temps d'épidémie, il faut procéder à la vaccination immédiatement.

Après avoir lavé soigneusement la peau où porteront les piqûres, on chargera quelques gouttes de vaccin sur une *lancette bien propre* ou, mieux, sur un porte-vaccin spécial et ne servant qu'une fois, pour un même enfant. On fera deux piqûres sur chaque bras chez les garçons, et sur les mollets chez les filles, afin d'éviter plus tard des cicatrices peu conformes aux exigences de l'esthétique.

Eruption : Dans les trois jours qui suivent les piqûres, on ne note que de la rougeur; si, dans ce temps, il se montrait une éruption, on aurait affaire à de la fausse vaccine.

L'éruption commence le quatrième jour, sous la forme d'une élevure, d'une papule, qui devient, vers le huitième jour, une vésicule ombiliquée, c'est-à-

dire déprimée à son centre. Chaque vésicule, ou pustule, est entourée d'un cercle rouge, ou aréole, et contient la *lymphe vaccinale*.

Du dixième au quinzième jour, les pustules se flétrissent et se dessèchent (période de dessiccation). La cicatrisation s'effectue du dix-huitième au vingt-deuxième jour.

Chez les enfants, la vaccination, faite avec les précautions antiseptiques et exempte de complication, ne s'accompagne pas de fièvre ; il n'en est pas de même chez les adultes.

Les sujets vaccinés sont à l'abri de la variole. Toutefois cette immunité variolique est *limitée comme durée*, d'où la *néccessité des revaccinations* tous les dix ans. Ce fait est démontré par les revaccinations faites avec succès sur des enfants au-dessous de huit ans et sur des adultes au-dessous de vingt ans. Chez les premiers il y a 20 o/o de revaccinations suivies de succès ; chez les seconds, 50 à 60 o/o.

En outre, lorsque la variole sévit sur un vacciné, elle est bénigne. La mortalité est, en effet, moins élevée de 19 o/o.

La vaccine peut donner lieu à quelques accidents, qu'on évitera, le plus souvent, en choisissant un vaccin bien préparé et en prenant les précautions de

propreté que comporte cette petite opération. Malgré cela, il faut encore tenir compte de certaines prédispositions individuelles.

Parmi ces accidents, nous signalerons, sans nous y attarder, les inflammations (lymphangite, phlegmon, érysipèle, la vaccine généralisée, les exanthèmes, la vaccine ulcéreuse, enfin la syphilis vaccinale, dont la responsabilité incombe à la méthode de vaccination de bras à bras (Dr Fournier), etc.).

ANNEXES

ANNEXE N° 1

LOI SUR LA

PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE

23 Décembre 1874

ARTICLE 1er. — Tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.

ART. 2. — La surveillance instituée par la présente loi est confiée, dans le département de la Seine, au préfet de police, et, dans les autres départements, aux préfets. — Ces fonctionnaires sont assistés d'un *Comité* ayant pour mission d'étudier et de proposer les mesures à prendre et composé comme il suit : deux membres du Conseil général, désignés par ce Conseil ; dans le département de la Seine, le directeur de l'Assistance publique et, dans les autres départements, l'inspecteur du Service des enfants assistés ; six autres membres, nommés par le préfet, dont un pris parmi les médecins membres du Conseil d'Hygiène départemental et trois pris parmi les administrateurs des Sociétés légalement reconnues, qui s'occupent de l'enfance, notamment des *Sociétés protectrices de l'enfance*, des *Sociétés de charité maternelle*, des *Crèches* ou des *Sociétés des Crèches*, ou, à leur défaut, parmi les membres des Commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance. Des Commissions locales sont instituées par un arrêté du Préfet, après avis du Comité départemental, dans les parties

du département où l'utilité en sera reconnue, pour concourir à l'application des mesures de protection des enfants et de surveillance des nourrices et gardeuses d'enfants. Deux mères de famille font partie de chaque Commission locale. — Les fonctions instituées par le présent article sont gratuites.

ART. 3. — Il est institué, près le ministère de l'Intérieur, un *Comité supérieur de protection des enfants du premier âge*, qui a pour mission de réunir et coordonner les documents transmis par les Comités départementaux, d'adresser chaque année au Ministre un rapport sur les travaux de ces Comités, sur la mortalité des enfants et sur les mesures les plus propres à assurer et étendre les bienfaits de la loi et de proposer, s'il y a lieu, d'accorder des récompenses honorifiques aux personnes qui se sont distinguées par leur dévouement et leurs services. Un membre de l'Académie de médecine, désigné par cette Académie, les présidents de la *Société protectrice de l'enfance de Paris*, de la *Société de charité maternelle* et de la *Société des Crèches* font partie de ce Comité. Les autres membres, au nombre de sept, sont nommés par décret du Président de la République. Les fonctions de membres du Comité supérieur sont gratuites.

ART. 4. — Il est publié chaque année, par les soins du Ministre de l'Intérieur, une statistique détaillée de la mortalité des enfants du premier âge et spécialement des enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde. Le Ministre adresse en outre, chaque année, au Président de la République un rapport officiel sur l'exécution de la présente loi.

ART. 5. — Dans les départements où l'utilité d'établir une *inspection médicale* des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde est reconnue par le Ministre de l'Intérieur, le Comité supérieur consulté, un ou plusieurs médecins sont chargés de cette inspection. La nomination de ces inspecteurs appartient aux Préfets.

ART. 6. — Sont soumis à la surveillance instituée par la présente loi : toute personne ayant un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde, placés chez elle, moyennant salaire ; les bureaux de placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde. Le refus de recevoir la visite du médecin-inspecteur, du

maire de la commune, ou de toutes autres personnes déléguées ou autorisées, en vertu de la présente loi, est punie d'une amende de 5 à 15 francs. Un emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcé, si le refus dont il s'agit est accompagné d'injures ou de violences.

Art. 7. — Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, moyennant salaire, est tenue, sous les peines portées par l'article 346 du Code pénal, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune où a été faite la déclaration de naissance de l'enfant, et de remettre à la nourrice ou à la gardienne un bulletin contenant un extrait de l'acte de naissance de l'enfant qui leur est confié.

Art. 8. — Toute personne qui veut se procurer un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde est tenue de se munir préalablement des certificats exigés par les règlements pour indiquer son état civil et justifier de son aptitude à nourrir ou à recevoir des enfants en sevrage ou en garde. Toute personne qui veut se placer comme *nourrice sur lieu* est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa commune, indiquant si son dernier enfant est vivant ou décédé, et, s'il est vivant, constatant qu'il est âgé de sept mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une nourrice qui n'a pas d'autre nourrisson. Toute déclaration ou énonciation reconnue fausse dans lesdits certificats entraîne l'application, au certificateur, des peines portées au paragraphe premier de l'article 155 du Code pénal.

Art. 9. — Toute personne qui a reçu chez elle, moyennant salaire, un nourrisson ou un enfant en sevrage ou en garde, est tenue, sous les peines portées à l'article 346 du Code pénal : 1° d'en faire la déclaration à la mairie de la commune de son domicile, dans les trois jours de l'arrivée de l'enfant, et de remettre le bulletin mentionné dans l'article 7 ; 2° de faire, en cas de changement de résidence, la même déclaration à la mairie de sa nouvelle résidence ; 3° de déclarer, dans le même délai, le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de l'enfant à une autre personne, pour quelque cause que cette remise ait lieu ; 4° en cas de décès de l'enfant, de déclarer ce décès dans les vingt-quatre heures. Après

avoir inscrit ces déclarations au registre mentionné à l'article suivant, le maire en donne avis, dans le délai de trois jours, au maire de la commune où a été faite la déclaration prescrite par l'article 7. Le maire de cette dernière commune donne avis, dans le même délai, des déclarations prescrites par les n°s 2, 3, 4 ci-dessus, aux auteurs de la déclaration de mise en nourrice, en sevrage ou en garde.

ART. 10. — Il est ouvert dans les mairies un registre spécial pour les déclarations ci-dessus prescrites. Ce registre est coté, vérifié, paraphé tous les ans par le juge de paix. Ce magistrat fait un rapport annuel au procureur de la République, qui le transmet au préfet, sur les résultats de cette vérification. En cas d'absence ou de tenue irrégulière du registre, le maire est passible de la peine édictée par l'article 50 du Code civil.

ART. 11. — Nul ne peut ouvrir ou diriger un bureau de nourrices, ni exercer la profession d'intermédiaire pour le placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, et le louage des nourrices, sans en avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police dans le département de la Seine, ou du préfet dans les autres départements. Toute personne qui exerce, sans autorisation, l'une ou l'autre de ces professions, ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation ou aux prescriptions des règlements, est punie d'une amende de 16 francs à 100 francs. En cas de récidive, la peine d'emprisonnement prévue par l'article 480 du Code pénal peut être prononcée. Ces mêmes peines sont applicables à toute sage-femme et à tout autre intermédiaire qui entreprend, sans autorisation, de placer des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde. Si, par suite de la contravention ou par suite d'une négligence de la part d'une nourrice ou d'une gardeuse, il est résulté un dommage pour la santé d'un ou plusieurs enfants, la peine d'emprisonnement d'un à cinq jours peut être prononcée. En cas de décès d'un enfant, l'application des peines portées à l'article 319 du Code pénal peut être prononcée.

ART. 12. — Un règlement d'administration publique déterminera : 1° les modes d'organisation du service de surveillance institué par la présente loi ; l'organisation de l'inspection médicale ; les attri-

butions et les devoirs des médecins-inspecteurs ; le traitement de ces inspecteurs ; les attributions et les devoirs de toutes les personnes chargées des visites ; 2° les obligations imposées aux nourrices, aux directeurs des bureaux de placement et à tous les intermédiaires du placement des enfants ; 3° la forme des déclarations, registres, certificats des maires et des médecins et autres pièces exigées par les règlements. Le préfet peut, après avis du Comité départemental, prescrire, par un règlement particulier, des dispositions en rapport avec les circonstances et les besoins locaux.

Art. 13. — En dehors des pénalités spécifiées dans les articles précédents, toute infraction aux dispositions de la présente loi et des règlements d'administration publique qui s'y rattachent est punie d'une amende de 5 à 15 francs. Sont applicables à tous les cas prévus par la présente loi le dernier paragraphe de l'article 463 du Code pénal et les articles 482, 483 du même Code.

Art. 14. — Les mois de nourrice dus par les parents ou par toute autre personne font partie des créances privilégiées sur la généralité des meubles et prennent rang entre les numéros 3 et 4 de l'article 2101 du Code civil.

Art. 15. — Les dépenses auxquelles l'exécution de la présente loi donnera lieu sont mises, par moitié, à la charge de l'État et des départements intéressés. La portion à la charge des départements est supportée par les départements d'origine des enfants et par ceux où les enfants sont placés en nourrice, en sevrage ou en garde proportionnellement au nombre desdits enfants. Les bases de cette répartition sont arrêtées tous les trois ans par le Ministre de l'Intérieur. Pour la première fois, la répartition sera faite d'après le nombre des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde existant dans chaque département au moment de la promulgation de la loi.

ANNEXE N° 2

SOCIÉTÉS DE PROTECTION DE L'ENFANCE

(Cf. *Régime et législation de l'Assistance publique et privée en France*, par LÉON BÉQUET, Conseiller d'État. — Paris, 1885.)

La plus ancienne des Sociétés de Charité maternelle remonte à l'année 1785 ; c'est celle de Paris. On en comptait, en 1885, quatre-vingt-trois pour cinquante-quatre départements, dont trente-trois reconnues d'utilité publique. De 1880 à 1885, près de 5,000,000 de francs ont été répartis entre quatre-vingt mille femmes.

Après les *Sociétés de Charité maternelle*, vient par ordre de date, l'Association des mères de famille, dont la fondation remonte à 1835 et qui vient en aide aux femmes enceintes, unies par mariage légitime. Cette Association secourt mille femmes par an, en moyenne.

La *Société protectrice de l'Enfance*, créée en 1865, reconnue d'utilité publique en 1869, encourage l'allaitement maternel, vient en aide aux mères pauvres qui nourrissent leurs enfants, donne des récompenses aux plus méritantes. Cette Société a des ramifications en province et dans quelques grandes villes (Lyon, Le Havre, Marseille, etc.).

La *Société pour la propagation de l'allaitement maternel*, fondée en 1876 par Mme Léon Béquet et reconnue d'utilité publique par décret du 29 juillet 1880, « poursuit le but à la fois charitable et patriotique indiqué par son titre, en donnant des secours en nature aux femmes, mariées ou non, qui allaitent elles-mêmes leurs

enfants..... Cette Société reçoit des subventions annuelles du ministère de l'Intérieur, du Conseil municipal de la ville de Paris et du Conseil général de la Seine ; elle compte (1885) près de mille membres souscripteurs.....

« L'action que la Société pour la propagation de l'allaitement maternel exerce, au point de vue de la protection de l'enfance, est plus efficace, en tant que durée, que ne l'était celle des œuvres qui l'ont précédée, puisque cette action se continue toujours pour l'enfant jusqu'au terme de sa première année d'existence et qu'elle ne prend même fin qu'avec son quinzième mois, en cas de maladie. Il convient d'ajouter que les distributions de secours faites par cette Société ne s'inspirent que d'une seule préoccupation : celle de la Charité la plus libérale, sans préoccupation religieuse d'aucune sorte. »

A côté de ces associations se placent aussi :

L'*Œuvre des crèches à domicile* (1849) ;

La *Société charitable de Saint-François-Régis*, fondée en 1826, et qui se préoccupe de donner à l'enfant un état civil, un foyer domestique, une famille légitime ;

L'*Œuvre absolument privée des crèches* et qui a donné lieu à tant de justes et sévères critiques. C'est ainsi que M. Léon Béquet, examinant quelques-uns des griefs reprochés aux crèches, conclut en disant : « Pourquoi l'État ne se préoccuperait-il pas, en effet, de l'enfant, dès sa naissance, au lieu de ne lui accorder sa tutelle que lorsqu'il est d'âge à entrer à la salle d'asile, c'est-à-dire lorsqu'il a accompli sa troisième année ? La réalisation de cette idée serait rendue facile par la juxtaposition dans un même groupe scolaire de la crèche, de la salle d'asile et de l'école. »

On voit, par le rapide exposé que nous avons présenté, que nous avons raison de dire que la Société ne fait rien, ou presque rien, pour la maternité. Les secours donnés sont difficiles à obtenir, et, le plus souvent, dérisoires. Il est vrai que l'initiative privée intervient ; mais dans quelle mesure ? Quelques villes sont privilégiées où les gens riches prennent sur leurs loisirs pour faire le bien ; mais les autres, mais les campagnes ? A la vérité nous n'aimons, nulle part, pas même dans les œuvres d'assistance, l'ingérence

directe de l'État. L'État ne doit intervenir que pour solliciter l'effort individuel et nous abandonnons volontiers à l'Allemagne son socialisme d'État et son État-Providence. Ce système a le grave inconvénient de légitimer l'autoritarisme et le despotisme, dont nous nous accommoderions, sans doute, fort mal dans notre libre République. Et puis, comme l'exprime l'éminent écrivain que nous venons de citer : « La Charité privée peut seule apprécier les besoins d'un ménage indigent et approprier, en quelque sorte, l'Assistance à chaque situation particulière ; elle seule a le privilège de joindre au bienfait matériel ces consolations, ces encouragements qui représentent le côté moral de sa mission et qui complètent l'efficacité des secours distribués. »

Mais il ne faut pas, non plus, que, sous la vaine apparence du respect de la liberté individuelle, un égoïsme malsain nous envahisse et que, comme l'écrit si heureusement Michel Chevallier, notre régime de liberté, né de la Révolution, ne soit, en résumé, que l'*apothéose de l'individu isolé*.

TABLE DES MATIÈRES

LIVRE PREMIER

CHAPITRE PREMIER

§ 1. **Considérations générales.** — Fille, femme et mère. — La femme enceinte porte trois générations........... 3

§ 2. **De la menstruation.** — Définition. — Ovulation. — Dysménorrhée. — Puberté. — Causes qui favorisent l'apparition des premières règles....................... 4

§ 3. **Instinct maternel.** — Instinct maternel chez la jeune fille. — Mission de la femme. — Phases du sentiment maternel. — Le premier mouvement de l'enfant crée la mère.. 8

CHAPITRE II

SIGNES DE LA GROSSESSE

Signes de certitude et de probabilité. — Suppression des règles. — Possibilité de la grossesse en l'absence des règles. — Si les femmes enceintes peuvent être réglées. — Signes de grossesse fournis par l'examen des seins et de la peau. — Aréoles. — Vergetures des seins. — Colostrum. — Sensibilité des seins. — Modifications du côté du revêtement cutané. — Masque. — Vergetures de l'abdomen. — Marche chez la femme grosse. — Perception

des mouvements passifs. — Autres signes de présomption de la grossesse. — Troubles de l'appareil digestif. — Vomissements incoercibles. — Système nerveux. — Circulation. — Respiration. — Tableau des modifications fonctionnelles fournissant les signes de présomption de la grossesse.. 12

CHAPITRE III

§ 1. **Hygiène alimentaire.** — Nécessité d'un régime salubre. — Régime alimentaire. — Constipation. — Gengivite.. 24

§ 2. **Hygiène de l'habitation.** — Hygiène professionnelle. — Création de refuges pour les femmes enceintes. — La chambre des femmes enceintes. — Calorifères et poêles mobiles. — Luxe et hygiène. — Tentures et tapis. — Influence du voisinage. — Hygiène professionnelle.. 27

§ 3. **Médicaments et substances abortives.** — Il n'existe pas de substances abortives proprement dites. — Seigle ergoté. — Sabine. — Huile de cèdre. — Grenadier. — Thuya. — If. — Essence de térébenthine. — Tanaisie. — Rue. — Médicaments pendant la grossesse. 32

LIVRE II

CHAPITRE PREMIER

§ 1. **Du cordon ombilical.** — Quand et comment il faut couper le cordon ombilical. — Pansement du cordon. — Chute du cordon. — Quelques accidents consécutifs à la chute du cordon. — Sécrétion du lait chez les nouveau-nés.. 71

§ 2. **Première toilette.** — Comment on évite l'ophthalmie des nouveau-nés. — Comment on enlève l'enduit sébacé. — Le premier bain. — Importance de la balnéation. — Dangers des bains froids et du froid en général........ 76
§ 3. **De la chambre de change.** — Température de la chambre. — Air et lumière. — Ordre et propreté. — Dangers des températures excessives.................. 81
§ 4. **De la nécessité de peser les enfants.** — Importance de la pesée. — Poids moyen. — Diminution du poids pendant les premiers jours. — Accroissement moyen et régulier. — Pesées quotidiennes. — Balance de Pinard. Accroissement en longueur........................... 84

CHAPITRE II

§ 1. **Du vêtement.** — Du maillot. — Modes française, anglaise, américaine. — Différentes pièces du maillot. — Bonnets et béguins. — Soins de la tête................ 89
§ 2. **Du berceau.** — Où il faut placer le berceau. — Sa confection. — Du sommeil............................ 93
§ 3. **La vie au dehors.** — Quand il faut sortir les enfants. — Heures de la promenade. — Des voitures d'enfants. — A quel âge marchent les enfants. — Hygiène de la marche. — Des bains de mer.......................... 97

CHAPITRE III

§ 1. **Nécessité de l'allaitement maternel.** — Le problème du repeuplement de la France. — La mère et l'enfant. — L'allaitement est une fonction nécessaire. — L'allaitement maternel et la charité privée et publique...... 102
§ 2. **Du lait.** — Les glandes mammaires. — Du colostrum. — Sécrétion du lait véritable. — Lait des oiseaux. — Analyses du lait. — Passage des médicaments dans le lait. — Quantité du lait sécrété par la femme. — De la fièvre de lait.. 107

§ 3. **Régime de l'enfant dans l'allaitement maternel.** — Quand on doit mettre l'enfant au sein. — Position de l'enfant pendant la tétée. — Réglementation des tétées. — Régurgitation.................................... 115

CHAPITRE IV

OBSTACLES A L'ALLAITEMENT MATERNEL. — Considérations générales. — La femme moderne et la mère. — Conditions où l'allaitement maternel est impossible. — Agalaxie ou manque de lait. — Malformations de la mamelle et du mamelon. — Examen des seins. — Diminution de la sécrétion lactée. — Des femmes réglées pendant l'allaitement. — Gerçures et crevasses au point de vue de l'allaitement. — Tuberculose et syphilis. — De l'anémie. — Affections du cœur et maladies aiguës. — Enfants nés avant terme. — Bec-de-lièvre. — Du filet ou ankyloglosse. — De la soubrelangue. — La syphilis chez l'enfant........ 119

CHAPITRE V

§ 1. **Allaitement mercenaire.** — L'industrie nourricière. — La loi Roussel. — Rôle des médecins-inspecteurs des nouveau-nés. — Du certificat des nourrices. — Choix d'une nourrice — Importance de la couleur des cheveux chez une nourrice. — Age de la nourrice. — De la primipare et de la multipare comme nourrices mercenaires. — Si le lait se rajeunit. — Epreuve du lait................ 130

§ 2. **Allaitement naturel par les femelles d'animaux**.. 140

CHAPITRE VI

§ 1. **Hygiène de la femme qui allaite.** — Importance du régime. — Acclimatement de la nourrice sur lieu. — Soins de propreté. — Hygiène des mamelles. — Traite-

ment des gerçures et des crevasses. — Abcès du sein. — Les nourrices doivent sortir tous les jours. — Sommeil des nourrices. — Rapports conjugaux. — Influence de la nourriture sur la sécrétion lactée. — Des boissons. — De la graisse. — Produits qui modifient la composition du lait. 143
§ 2. **Maladies de l'allaitement.** — De la galactorrhée. — Folie puerpérale.................................... 152

CHAPITRE VII

§ 1. **Allaitement artificiel.** — Dangers de l'allaitement artificiel. — Rachitisme. — Allaitement artificiel à la campagne. — Il faut bannir l'allaitement artificiel....... 157
§ 2. **Choix du lait.** — Lait d'ânesse, lait de chèvre, lait de vache. — Le lait doit-il être donné cru ou cuit. — Surveillance des vacheries et laiteries. — Lait stérilisé. — S'il faut que le lait provienne toujours de la même vache. — Coupage du lait. — Succédanés du lait....... 165

CHAPITRE VIII

DU SEVRAGE. — État de la mère. — Indications du sevrage. — Importance des climats. — Apparition des dents. — Mode de sevrage. — Sevrage progressif. — Premiers aliments.. 175

CHAPITRE IX

DENTITION. — MALADIES DE LA DENTITION

§ 1. **Des dents de lait.** — Eruption des dents de lait.... 184
§ 2. **Accidents de la dentition.** — Incision des gencives. — Convulsions de la dentition. — Eruptions cutanées... 189

LIVRE III

CHAPITRE PREMIER

§ 1. **Examen des nouveau-nés.** — Etats physiologiques et morbides. — Examen des selles. — Examen de l'urine et de la physionomie. — Du cri. — Respiration chez le nouveau-né. — Du pouls. — Influence du froid chez le nouveau-né 193
§ 2 **Mort apparente du nouveau-né.** — Respiration artificielle 200
§ 3. **Faiblesse congénitale.** — Couveuse. — Gavage.... 202
§ 4. **Bosse séro-sanguine.** — Céphalématome.......... 205
§ 5. **Etats pathologiques du cordon et de la région ombilicale.** — Tumeurs de la région ombilicale....... 206
§ 6. **Hémorrhagie chez le nouveau-né**.............. 208
§ 7. **Ophtalmie des nouveau-nés.** — Abcès des seins.. 209
§ 8. **Modifications du côté de la peau et du tissu cellulaire.** — Ictère. — Cyanose ou maladie bleue. — Modifications cutanées.......... 211
§ 9. **Œdème et sclérème des nouveau-nés**........... 215
§ 10. **Eruptions cutanées.** — Erythème du nouveau-né. — Soins pour éviter l'érythème. — Pemphigus. — Traitement 218

CHAPITRE II

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

§ 1. **Cavité buccale.** — Enfants nés par le siège......... 223

§ 2. **Muguet.** — Contagion directe du muguet........... 242
§ 3. **Malformations de la bouche**.................... 228
§ 4. **Gastro-entérite.** — Entérite aiguë. — Traitement de la diarrhée verte.................................... 228
§ 5. **Coryza**.................................... 233

CHAPITRE III

§ 1. **Convulsions.** — Causes des convulsions. — Précautions à prendre contre les convulsions. — Traitement préventif des convulsions.................................. 235

CHAPITRE IV

§ 1. **Vices de conformation**.......................... 240
§ 2. **Vaccine et vaccination.** — Eruptions. — Nécessité de la revaccination. — Accidents de la vaccination...... 241

ANNEXES

Annexe n° 1. — Loi sur la protection des enfants du premier âge.................................... 249
Annexe n° 2. — Sociétés de protection de l'Enfance..... 254

Tours, imprimerie Deslis Frères, rue Gambetta, 6.







